ROK VIII WARSZAWA 1934 LISTOPAD ZESZYT XI

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

**Z Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor prof. T. Ostrowski.**

Zatrzymanie pooperacyjne moczu i jego leczenie zapomocą neopancarpiny.

PODAŁ

DR. JEREMIASZ SOWIAKOWSKI,

b. asystent Kliniki.

Jednem z najczęstszych powikłań po zabiegach operacyjnych jest odruchowe zatrzymanie moczu. Pęcherz moczowy jako zbiornik elastyczny jest zbudowany z trzech warstw mięśni gładkich, wydalających mocz i noszących nazwę wypieracza moczu (m. detrusor urinae). U podstawy pęcherza włókna mięsne gładkie układają się tylko okrężnie i noszą nazwę zwieracza wewnętrznego (m. sphincter internus). Mięśnie te są antagonistami i są unerwione przez nerwy sympatyczne podbrzuszne (nn. hypogastrici) i parasympatyczne biodrowe (nn. pelvici). Te ostatnie według *Fellner'a* wywołują skurcz wypieracza i zwiotczenie zwieracza wewnętrznego. Nerwom tym, jak wykazał *Müller*, odpowiadają dwa ośrodki rdzeniowe: w części lędźwiowej parasympatyczny i krzyżowej sympatyczny.

Oprócz tych nerwów pęcherz moczowy posiada autonomiczny układ nerwowy, znajdujący się w samej ścianie pęcherza, podobnie jak i inne narządy zawierające mięśnie gładkie. Przecięcie nerwów sympatycznych u psów (*Dennig, Elliot*) nie wywołuje większych zaburzeń w oddawaniu moczu. Przecięcie obu par nerwów wywołuje porażenie pęcherza, ale zczasem pęcherz przychodzi do siebie i zaczyna funkcjonować zapomocą swego układu nerwowego ściennego.

Według *Langleya* podniety idą drogą dośrodkową przez nerwy biodrowe, *Müller* natomiast jest zdania, że przewodnictwo dośrodkowe podniet przechodzi trzema drogami, a to przez zwoje podbrzusz-

ne, nerwy biodrowe i nerwy sromowe. Jaką rolę odgrywa mózg przy mechaniźmie wydalania moczu nie mamy na to żadnych danych.

Michajłow twierdzi, że błona śluzowa pęcherza posiada zakończenia nerwowe czuciowe, *Müller* natomiast zaprzecza temu.

Wydalanie moczu zależne jest od napięcia m. wypieracza, a tem samem od ciśnienia płynu w pęcherzu. Napięcie to zależy jeszcze od stanu zdrowotnego samego pęcherza, od przewodnictwa nerwowego, ukrwienia pęcherza, stanu krwi i stanu psychicznego.

Parcie może zniknąć przy zatrzymaniu moczu zapomocą zwieracza zewnętrznego (m. sphinct. ext.), mięśnia poprzecznie prążkowanego, ażeby po pewnym czasie powrócić znowu. Zatrzymanie moczu bez uczucia parcia może być mechaniczne wskutek uszkodzenia ścian pęcherza wzgl. nerwów albo odruchowe, jakie mamy po zabiegach operacyjnych. Czasami chory może nawet mieć uczucie parcia na mocz, ale mimo to oddać moczu nie może.

Jalcowitz odnosi zatrzymanie moczu pooperacyjne do stanu zasadowego krwi, jaki po zabiegach operacyjnych występuje. Przez podawanie chlorku amonowego doustnie i przez odbytnicę uzyskał dobre wyniki w 87%.

Schlesinger uważa, że zatrzymanie moczu pooperacyjne występuje na tle nerwowem i jako środek sugestywny podawał dożylnie sól fizjologiczną, osiągając przytem niezłe wyniki. *Wojtaszewski,* wychodząc z tego samego założenia, podawał siarczan magnezu.

Oprócz tego różni autorowie stosowali różne sposoby i osiągali różne wyniki. *Vogt* polecił wstrzykiwanie dożylne urotropiny i sposób ten znalazł wielu zwolenników. Sposób ten stosowany jednak na naszej klinice nie dał pozytywnych wyników, a czasami nawet powodował krwiomocz, wzgl. pieczenie w pęcherzu i cewce moczowej. *Hielt, Gragert* i *Butureanu* tak samo nie radzą go stosować z powodu powikłań i wątpliwego wyniku. Oprócz wstrzykiwań dożylnych stosuje się u nas na klinice urotropinę doustnie i chorzy bardzo często domagają się sami „proszków na mocz“, ale mimo to po zażyciu urotropiny moczu oddać nie mogą.

Köhler i *Marx* wprowadzali środki znieczulające (alypina) do odbytnicy i w ten sposób starali się wywoływać skurcz mięśnia wypieracza pęcherza. U nas na klinice stosowaliśmy w tym celu czopki z perkainą, której działanie na błonę śluzową jest dość wybitne. Wyniki jednak były nieszczególne. *Reiner* podawał liquor kalii acetici doustnie i przez odbytnicę, *Rotthaus* stosuje pilocarpinę w roztworze 1% podskórnie z dobrym wynikiem. Ażeby uniknąć nadmiernego pocenia się, radzi dodawać 0,3 mg. atropiny względnie czopek z extr. belladonnae. *Takáts* uważa tak samo pilocarpinę za środek bardzo dobry. *Goldmann* twierdzi, że w przypadkach chorób serca, nerek i po zabiegach operacyjnych na jelitach nie powinno się stosować tego środka.

Bross na naszej klinice stosował prostygminę „Roche“, która zwłaszcza w podaniu dożylnem dawała dobre wyniki, ale chorzy oddawali mocz razem ze stolcem.

Oprócz tych sposobów wstrzykiwano na naszej klinice stężony roztwór soli kuchennej dożylnie, podawano termofor na okolicę pęcherza, wlewano stężony roztwór soli kuchennej do odbytnicy, wykonywano płukanie odbytnicy i stosowano czopki belladonnowe same względnie nawet z paparyną. Mimo używania wszystkich tych sposobów, codziennie trzeba było spuszczać mocz tym chorym, którzy nie mogli oddać moczu przy pomocy wyżej wymienionych sposobów. Przed kilkoma miesiącami zastosowano u nas jako środek moczopędny neopancarpinę w płynie (wyciąg całkowity wodno-alkoholowo-eterowy z Jaborandy) o działaniu podobnym do pilocarpiny.

Neopancarpinę zastosowano w 30 przypadkach pooperacyjnego zatrzymania moczu i od czasu stosowania tego leku w ciągu trzech miesięcy, tylko w kilku przypadkach trzeba było spuścić mocz cewnikiem.

Poniżej podaję wykaz chorych, którym podawano neopancarpinę z powodu pooperacyjnego zatrzymania moczu:

1) Chora L. E. lat 25 była operowana z powodu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Po 10 godzinach od chwili zabiegu operacyjnego podano 20 kropli neopancarpiny i w 7 minut po zażyciu oddała mocz. Na drugi dzień podano drugi raz 20 kropli i w 10 min. po zażyciu tak samo oddała mocz. Z objawów ubocznych stwierdzono ślinotok.

2) Chora T. M. lat 47 była operowana z powodu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Chorej tej podano 3 razy po 20 kropel neopancarpiny i w 9,13 i 5 min. po zażyciu oddała

mocz. Z objawów ubocznych stwierdzono ślinotok i poty, zwłaszcza po pierwszem podaniu leku.

3) Chora P. P. lat 14 była operowana z powodu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Chorej podano w 10 godzin po zabiegu operacyjnym 15 kropli neopancarpiny i w 6 min. po zażyciu chora oddała mocz. Z objawów ubocznych stwierdzono tylko nieznaczny ślinotok.

4) Chora W. S. lat 25 była operowana z powodu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Chorej tej podano w 9 godzin po zabiegu operacyjnym 20 kropli neopancarpiny i w 5 minut po zażyciu oddała mocz. Z objawów ubocznych stwierdzono nieznaczny ślinotok.

5) Chora W. U. lat 38 była operowana z powodu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Chorej tej podano w 10 godzin po zabiegu operacyjnym 20 kropel neopancarpiny, jednak chora moczu nie oddała, tylko spociła się silnie. Po 2 godzinach zażyła ponownie 15 kropli neopancarpiny i w 7 minut po zażyciu oddała mocz. Na drugi dzień chorej podano znowu 20 kropli neop. i w 6 minut po zażyciu oddała mocz.

Przy drugim i trzecim zażyciu poty były o wiele mniejsze. Ślinotoku prawie nie miała. W wywiadach chora podała, że chorowała kiedyś na pęcherz i miedniczki nerkowe. Badanie moczu wykazało stan zapalny dolnych dróg moczowych nieznacznego stopnia.

6) Chora Cz. J. lat 20 była operowana z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W 11 godzin po zabiegu zażyła 20 kropli neopancarpiny spociła się niebardzo, miała uczucie parcia na mocz, ale moczu nie oddała. Po dwóch godzinach zażyła ponownie 15 kropli neop. i w 8 minut po zażyciu oddała mocz. Następnie chorej tej podawano jeszcze dwa razy po 20 kropli i oddała mocz w 12 i 7 minut po zażyciu leku. Z objawów ubocznych stwierdzono za pierwszem razem obfite poty i nieznaczny ślinotok, a po dawkach następnych nieznaczne poty bez ślinotoku. U chorej tej badanie moczu wykazało również stan zapalny w obrębie dolnych dróg moczowych.

7) Chora A. J. lat 24 była operowana z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, chorej tej pięć dni z rzędu podawano dwa razy dziennie po 20 kropli neopancarpiny, gdyż inaczej nie mogła oddać moczu. Wydalanie moczu następowało w pięć do 22 minut po zażyciu leku. Z objawów ubocznych stwierdzono nieznaczne poty i ślinotok zwłaszcza w pierwszych dwóch dniach po zabiegu operacyjnym.

8) Chory T. Z. lat 29 operowany z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Choremu podano 3 razy neopancarpiny po 20 kropli i mocz oddał w 4 — 13 minut po zażyciu leku. Z objawów ubocznych stwierdzono nieznaczny ślinotok.

9) Chora J. M. lat 43 operowana z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W wywiadach podała, że od dłuższego czasu choruje na kamienie moczowe i zapalenie pęcherza moczowego. Chorej tej podano w 12 godzin po zabiegu operacyjnym 20 kr. neopancarpiny i w kilku minutach po zażyciu leku dostała silnych potów i ślinotok i nudności. Moczu jednakże nie oddała, tylko miała uczucie jakby parcia na mocz. Po spuszczeniu moczu cewnikiem stwierdzono mocz krwawy z domieszką piasku. Chorej tej więcej neopancarpiny nie podawano.

10) Chory L. S. lat 35 był operowany z powodu przepukliny pachwinowej prawej i przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Choremu podano w 10 godzin po zabiegu operacyjnym 20 kr. neopancarpiny i w 6 minut po zażyciu oddał mocz. Żadnych objawów ubocznych nie stwierdzono.

11) Chory P. T. lat 27 był operowany z powodu przepukliny pachwinowej lewej. Po podaniu 20 kr. neopancarpiny oddał mocz w 7 minut. Żadnych objawów ubocznych nie stwierdzono, tylko nieznaczne poty.

12) Chora B. K. lat 45 była operowana z powodu przetoki około odbytniczej. Chorej tej podawano neopancarpinę po 20 kr. przez 2 dni i oddawała mocz 5 — 17 minut po zażyciu leku. Żadnych objawów ubocznych nie stwierdzono.

13) Chora P. A. lat 43 była operowana z powodu przetoki okołoodbytniczej. W 11 godzin po zabiegu operacyjnym podano 20 kr. neopancarpiny i w 14 minut po zażyciu leku oddała mocz. Z objawów ubocznych stwierdzono słabe poty.

14) Chora Z. K. lat 53 była operowana z powodu guzów krwawnicowych. Przez 3 dni z rzędu podawano chorej 2 razy dziennie po 20 kr. neopancarpiny i w 5 — 13 minut po zażyciu leku oddawała mocz. Z objawów ubocznych stwierdzono tylko nieznaczny ślinotok.

15) Chora J. K. lat 52 była operowana z powodu guzów krwawnicowych. W 10 godz. po zabiegu operacyjnym podano chorej 20 kr. neopancarpiny i w 6 minut po zażyciu leku oddała mocz. Z objawów ubocznych stwierdzono nieznaczne poty i ślinotok.

16) Chory H. N. lat 42 był operowany z powodu guzów krwawnicowych. Choremu temu przez 5 dni z rzędu podawano 2 razy dziennie po 20 kr. neopancarpiny i w 4 — 16 minut po zażyciu leku oddawał mocz. Z objawów ubocznych stwierdzono tylko nieznaczne poty.

17) Chora B .J. lat 43 była operowana z powodu nowotworu złośliwego w odbytnicy przechodzącego na tylną ścianę pochwy. U chorej tej usunięto całą odbytnicę razem z tylną ścianą pochwy i odbytnicę drogą krzyżowo-kroczową i stworzono sztuczny odbyt krzyżowy (anus sacralis).

Chorej tej przez 11 dni z rzędu podawano 2 razy dziennie po 20 kropli neopancarpiny i chora oddawała mocz w 5 — 19 minut po zażyciu leku. Z objawów ubocznych w pierwszych dniach stwierdzono nieznaczne poty i ślinotok, w późniejszych dniach czasami ślinotok.

18) Chora Sz. B. lat 51, była operowana z powodu nowotworu złośliwego odbytnicy. Chorej tej usunięto odbytnicę metodą kombinowaną brzuszno-krzyżową. Przez 3 dni z rzędu zażywała po 15 kropli neopancarpiny 2 razy dziennie i oddawała mocz w 6 — 16 minut po zażyciu leku.

W 1 i 2-gim dniu po zażyciu leku miała poty niezbyt silne, a w ostatnim dniu bardzo nieznaczne. Ślinotok nieznaczny.

19) Chory H. S. lat 43 był operowany z powodu nowotworu złośliwego odbytnicy. Choremu usunięto odbytnicę drogą krzyżowo-kroczową. Przez 4 dni z rzędu zażywał 20 kropli 2 razy dziennie neopancarpiny i oddawał mocz 4 — 15 minut po zażyciu leku. Z objawów ubocznych stwierdzono nieznaczne poty i ślinotok.

20) Chora M. S. lat 55. Chorej tej założono sztuczny odbyt w linji środkowej między pępkiem,

a spojeniem łonowem, z powodu nowotworu złośliwego odbytnicy z przerzutami wzdłuż naczyń brzusznych. Przez 2 dni zażywała neopancarpinę 2 razy dziennie po 15 kropli i oddawała mocz w 6 — 12 minut po zażyciu leku. Z objawów ubocznych stwierdzono tylko nieznaczny ślinotok.

21) Chora R. B. lat 47. Chorej tej tak samo założono sztuczny odbyt w linji środkowej z powodu nowotworu złośliwego odbytnicy. W 11 godzin po zabiegu zażyła 20 kropli neopancarpiny oddała mocz w 7 minut po zażyciu leku. Z objawów ubocznych stwierdzono nieznaczne poty i ślinotok.

22) Chora M. Z. lat 43. U chorej tej usunięto odbytnicę z powodu zwężenia na tle nowotworowym drogą krzyżowo-kroczową. W 10 godzin po zabiegu operacyjnym zażyła 20 kropli neopancarpiny, spociła się bardzo, ale moczu nie oddała. Po 2 godz. zażyła znowu 15 kropli neopancarpiny i znowu moczu nie oddała. Po odprowadzeniu moczu z pęcherza cewnikiem stwierdzono, że ilość jego wynosiła 64 cm. Chorej tej przez 2 dni następne podawano 2 razy dziennie po 15 kropli neopancarpiny i oddawała mocz w 10 — 18 minut po zażyciu leku. Z objawów ubocznych stwierdzono poty i nieznaczny ślinotok.

23) Chora P. W. lat 37. U chorej tej wykonano zespolenie żołądkowo-jelitowe, z powodu zwężenia odźwiernika na tle nowotworowem. W 12 godzin po zabiegu operacyjnym zażyła 20 kropli neopancarpiny i w 5 minut po zażyciu leku oddała mocz. Żadnych objawów ubocznych nie stwierdzono.

24) Chory S. L. lat 32. U chorego wykonano resekcję żołądka sposobem Poly'a-Reichel z powodu wrzodu dwunastnicy. Przez 3 dni zażywał 2 razy dziennie po 20 kropli neopancarpiny i 5 — 18 minut oddawał mocz. Z objawów ubocznych stwierdzono nieznaczne poty i ślinotok.

26) Chory S. S. lat 34. U chorego tego usunięto nadnercze lewe, (epinephrectomia) z powodu objawów choroby Raynauda w kończynie dolnej lewej. W 10 godzin po zabiegu operacyjnym zażył 20 kropli neopancarpiny, ale moczu nie oddał. Następnie po 3 godzinach zażył ponownie 15 kropli neopancarpiny i oddał mocz w 14 minut po zażyciu leku. Choremu temu podawano przez następne 2 dni 2 razy dziennie po 20 kropli neopancarpiny w 4 — 11 minut oddawał mocz. Z objawów ubocznych stwierdzono nieznaczne poty.

27) Chory O. K. lat 42. U chorego tego usunięto worek mosznowy razem z jądrami z powodu martwicy tychże. Przez 2 dni po zabiegu operacyjnym zażywał 2 razy dziennie po 20 kropli neopancarpiny i za każdym razem oddawał mocz w 6 — 23 minut po zażyciu leku. Z objawów ubocznych stwierdzono nieznaczne poty i ślinotok, zwłaszcza po pierwszych dawkach.

28) Chora H. J. lat 44. U chorej tej usunięto woreczek żółciowy z powodu kamieni żółciowych. W 11 godz. po zabiegu operacyjnym zażyła 20 kropli neopancarpiny i oddała mocz w 8 minut po zażyciu leku. Z objawów ubocznych stwierdzono tylko nieznaczne poty.

29) Chora S. F. lat 52. Z powodu kamieni żółciowych otwarto woreczek żółciowy i wszyto do powłok brzusznych. W 11 godz. po zabiegu operacyjnym zażyła 20 kropel neopancarpiny i w 7 minut po zażyciu leku oddała mocz. Z objawów ubocznych stwierdzono bardzo nieznaczne poty i ślinotok.

30) Chora B. M. lat 35. Chora ta leżała na Klinice z powodu złamania kręgosłupa lędźwiowego z zupełnem przerwaniem rdzenia. Przez 5 tygodni pobytu na Klinice codziennie spuszczano mocz cewnikiem. Z początkiem 6 tygodnia podano chorej 20 kropli neopancarpiny i w 5 minut po zażyciu leku oddała mocz pod siebie. Następnie podawano chorej przez 9 dni dalszego pobytu na klinice codziennie 20 kropli neopancarpiny i za każdym razem oddawała mocz w 4 — 8 minut po zażyciu leku. Chorą wypisano i zaordynowano jej do domu neopancarpinę, bez której moczu oddać nie mogła. Żadnych objawów ubocznych nie stwierdzono.

Widzimy, że na 30 chorych tylko dwie chore nie oddały zupełnie moczu po zażyciu neopancarpiny. Chora Nr. 9 chorowała na kamicę nerkową i zapalenie pęcherza i górnych dróg moczowych. Druga chora Nr. 22, której spuszczono mocz cewnikiem nie oddała moczu dlatego, że w pęcherzu znajdowało się tylko kilkadziesiąt centymetrów moczu, co było za małym bodźcem do wywołania skurczu pęcherza. Chora ta miała uczucie parcia na mocz, ale oddać go nie mogła. Chorym Nr. 5 i 6 trzeba było powtórzyć dawkę neopancarpiny, ażeby oddały mocz, ale u jednej i u drugiej stwierdzono stany zapalne pęcherza moczowego. Choremu Nr. 26 tak samo trzeba było powtórzyć dawkę neopancarpiny i dopiero za drugim razem oddał mocz. Chory ten miał jednakże narząd moczowy uszkodzony przez zabieg operacyjny.

Z powyższego wynika, że przy uszkodzeniach dróg moczowych, czy to na tle mechanicznym, czy zapalnym, neopancarpina nie działa tak jak w przypadkach, gdzie narząd moczowy jest zupełnie zdrowy. Z drugiej strony brak pozytywnego wyniku po podaniu neopancarpiny zwraca naszą uwagę w kierunku schorzeń dróg moczowych tak, że jest poniekąd i czynnikiem rozpoznawczym.

Chorym, którzy nie oddali moczu za pierwszym razem, a u których nie było przeciwwskazania podawania neopancarpiny podano drugą dawkę (15 kr.) z tem, że chory miał zażyć wtedy, kiedy będzie uczuwał potrzebę oddania moczu. Sposób ten jest bardzo wygodny, bo chory zażywa wtedy lek, kiedy ma parcie na mocz i nie budzi lekarza dyżurnego w nocy do spuszczania moczu. U chorych, którzy nie mieli uczucia parcia na mocz, polecono zażyć drugą dawkę w kilka godzin po zażyciu dawki pierwszej.

Na podstawie doświadczeń z chorymi Nr. 5, 6, 9, 22 i 26 nie podawano już neo-

pancarpiny w przypadkach uszkodzeń pęcherza moczowego podczas zabiegu operacyjnego i takich u których stwierdzono przed zabiegiem operacyjnym stan zapalny pęcherza moczowego względnie górnych dróg moczowych. Przy zabiegach operacyjnych u mężczyzn z powodu nowotworu odbytnicy (amputatio recti) bardzo często pęcherz zostaje uszkodzony mechanicznie i dlatego takie przypadki, zwłaszcza w pierwszych dniach po zabiegu, nie nadają się do leczenia neopancarpiną. Inny jest stosunek u kobiet, gdyż tutaj macica oddziela pęcherz od odbytnicy.

Do leczenia zatrzymania pooperacyjnego moczu zapomocą neopancarpiny nadają się prawie wszystkie przypadki oprócz wyżej wspomnianych. Najlepszy jednak wynik uzyskujemy w przypadkach po zabiegu operacyjnym na odbytnicy, zwłaszcza u kobiet, z powodu guzów krwawnicowych i przetok okołoodbytniczych. Takie same wyniki mamy i po operacjach z powodu przepuklin i przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. W przypadkach natomiast ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego pęcherz moczowy i jego drogi nerwowe mogą być tak samo objęte stanem zapalnym i dlatego wyniki mogą być nieco gorsze.

Chorym, u których zabieg operacyjny wywołał silny wstrząs organizmu, względnie uszkodził pęcherz moczowy, nie należy stosować tego leku w pierwszych dniach po zabiegu, gdyż wynik jest wątpliwy, a zato objawy uboczne są bardzo wybitne i osłabiają jeszcze bardziej chorego. Natomiast, gdy taki chory nie oddaje moczu przez szereg dni po zabiegu operacyjnym, można mu podawać neopancarpinę i uniknąć częstego cewnikowania pęcherza. Chorym Nr. 7, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 26 i 27 podawano neopancarpinę przez 2 do 11 dni i tem samem uchroniono ich od cewnikowania pęcherza. Ostatnia chora Nr. 30 miała złamany kręgosłup i przerwany rdzeń. Przez 5 tygodni pobytu na klinice była codziennie cewnikowana, a następnie przez dalszych 9 dni oddawała mocz sama po zażyciu neopancarpiny. Chorej tej zaordynowano neopancarpinę do domu i dlatego można ją było wypisać z kliniki. W innym wypadku musiałaby być umieszczoną w zakładzie leczniczym i to tylko z tego powodu, że trzebaby było codziennie spuszczać mocz, gdyż sama nie mogła go oddać. U chorej tej pęcherz moczowy był zdrowy i dlatego mimo uszkodzenia dróg nerwowych działanie neopancarpiny dało wynik pozytywny. Najprawdopodobniej neopancarpina działa na układ autonomiczny ścienny samego pęcherza, gdyż w wypadkach schorzeń pęcherza działanie neopancarpiny jest o wiele gorsze aniżeli wtedy, gdy pęcherz moczowy jest zupełnie zdrowy.

Najlepszą dawką jednorazową uważam ilość 20 kropli. W przypadkach osłabienia pooperacyjnego u chorych starszych lepiej jest podawać dawkę mniejszą, t. j. 15 kropli. Jeżeli po dawce pierwszej (20 kr.) chory moczu nie oddał, a niema żadnego przeciwwskazania podawania tego leku, można podać dawkę drugą mniejszą (15 kr.), z tem, ażeby chory zażył w dwie do 3 godz. po zażyciu pierwszej dawki, względnie wtedy, kiedy będzie uczuwał potrzebę oddania moczu.

Badanie kontrolne moczu u chorych którym podawano neopancarpinę nie wykazało żadnych odchyleń od normy.

Szybkość działania neopancarpiny na pęcherz moczowy waha się od 4 minut do 20, a nawet do pół godziny. Najczęściej chory oddaje mocz w pierwszych 10 min. po zażyciu leku. Jeżeli do pół godziny chory moczu nie odda, wynik jest ujemny.

Neopancarpina, jak widzimy z doświadczeń klinicznych, jest dobrym środkiem moczopędnym w przypadkach pooperacyjnego zatrzymania moczu. Oprócz tego posiada jeszcze tą wyższość nad innemi środkami, że jest łatwa w dawkowaniu i stosowaniu. Można ją zapisywać chorym i do domu, gdy zachodzi potrzeba wypisania chorego z Zakładu Leczniczego, jak w naszym przypadku ostatnim. Oprócz tego można ją stosować w praktyce prywatnej, gdy zabieg operacyjny był wykonany w domu chorego i odprowadzanie moczu cewnikiem sprawia trudności i lekarzowi i pacjentowi. Wszyscy teraz dążymy do tego, ażeby jaknajrzadziej wprowadzać cewnik do pęcherza zdrowego i dlatego w zatrzymaniu pooperacyjnem moczu neopancarpina może oddać duże usługi. Są chorzy, którym trzeba spuszczać mocz cewnikiem całemi tygodniami, a po podaniu neopancarpiny oddają mocz sami.

Ujemną stroną tego leku jest to, że oprócz działania na pęcherz moczowy wywołuje poty, a co zatem idzie i osłabienie. Ślinotok odgrywa tu rolę mniejszą. Objawy te uboczne występują zwłaszcza wtedy,

kiedy działanie na pęcherz moczowy jest bardzo słabe. W przypadkach, gdzie pęcherz moczowy jest zdrowy i działanie na pęcherz jest dodatnie, objawy uboczne są bardzo nieznaczne. Czasami może występować tylko sam ślinotok, jak w przypadkach 1, 3, 4, 8, 14 i 20. W przypadkach zaś 10, 12, i 30 nie było żadnych objawów ubocznych.

Chorzy bardzo chętnie przyjmują ten lek i domagają się go sami, gdy nie mogą oddać moczu, gdyż po zażyciu jego łatwo oddają mocz i doznają ulgi. Nawet ci chorzy u których objawy uboczne były bardzo wybitne, a moczu za pierwszem razem nie oddali, woleli jeszcze raz zażyć ten środek aniżeli odprowadzić mocz cewnikiem.

Neopancarpinę powinno się podawać po jedzeniu, względnie po płynach (herbata, herbata z mlekiem i t. p.), a nie na czczy żołądek i wtedy chorzy nie skarżą się na dolegliwości żołądkowe, objawy uboczne są o wiele słabsze, a działanie na pęcherz wybitniejsze.

Dla zmniejszenia objawów ubocznych można, jak radzi Rotthaus, dodawać do neopancarpiny atropinę względnie czopki z extr. belladonnae. Na naszej Klinice stosowano tylko samą neopancarpinę, ażeby przekonać się o jej działaniu na pęcherz w przypadkach pooperacyjnego zatrzymania moczu.

PIŚMIENNICTWO.

W. Bross i *P. Kubikowski:* Wpływ prostygminy w wypadkach pooperacyjnego zatrzymania moczu, oraz badania doświadczalne nad działaniem jej na pęcherz moczowy u zwierząt P. G. L. Nr. 21 1933 r. *H. Dennig:* Die Innervation der Harnblase. Berlin. 1926. Verl f. J. Springer. *Goldmann:* Ueber intravenöse Pilocarpininjectionen bei postoperativer Harnverhaltung. Arch. f. Klin. Chir. 147. H. 3. 1927. *H. Köhler:* Anästhesierung der Rectalschleimhaut, eine neue Methode zur Behebung der postoperativem Harnverhaltung. Ztbl. f. Chir. Nr. 46. 1929. *J. Marx:* Ueber die postoperative Harnretention und ihre Behandlung mit dem Köhlerschen Verfabren. Arch. f. Kl. Chir. B. 169. 1932. *Reimer:* Zur Frage der Behandlung der postoperativem Harnverhaltung mit Kalium. Münch. med. Wschr. Nr. 44. 1925. *E. Rotthaus:* Die Behandlung der postoperativem Harnverhaltung Arch. f. Kl. Chir. B. 161. 1930. *Takáts:* Ueber die Wirkung intravenöser Urotropineinspritzungen. Arch. f. Kl. Chir. B. 125.

Histerja i nerwice pokrewne.

PODAŁ

DR. MED. STANISŁAW ROTSTAD.
(Łowicz).

Histerja, jak ją ongiś nazywano wielka imitatorka — po dziś dzień zajmuje umysły świata lekarskiego, jest przedmiotem coraz to dalszych poszukiwań, zwłaszcza w dzisiejszych czasach, czasach powojennych zaburzeń równowagi ustrojowej i psychicznej. Cierpienie to coraz to liczniej występuje i coraz częściej lekarz praktyk ma z nim do czynienia.

Staropolska nazwa histerji — macicennica, wskazuje, że już dawniej uważano macicę wzgl. sferę płciową jako przyczynę lub nawet siedlisko cierpienia. Do dzisiejszego dnia wielu, a nawet powiedzmy prawie cała wieś, a nierzadko i miasto uważa macicę jako organ, odgrywający dominującą rolę w organizmie kobiecym; wiejskie kobiety nadają macicy rolę niemal oddzielnego, samoistnego organizmu, często buntującego się.

Często daje się słyszeć określenia wiejskich pacjentek, że „macica kruczy, chodzi im po brzuchu, dobija się do gardła" lub „skrzeczy w brzuchu jak żaba", wiemy, że to jest nieprawidłowa fermentacja w jelitach, a owe „kruczenie" i dźwięki — poprostu ruchem gazów, źle wchłanianych, lub w nadmiarze powstających, jednak sama chora przyczynę objawów lokalizuje, dość słusznie, choć niezupełnie dokładnie w sferze narządów rodnych.

Przejdę do opisywania postaci występujących w przebiegu tego cierpienia.

Cały szereg pacjentek, w lwiej części ze wsi, przychodzi ze skargami, że mają w okolicy serca uczucie trzęsienia, kołatania serca i coś im zawadza w gardle (globus), tak, że muszą często odchrząkiwać, wskutek częstych chrząkań przy braku wydzieliny pojawia się często nieco krwi, naskutek ciągłego drażnienia; chora, już to straszona przez inne kobiety, już to dlatego, że często słyszy o gruźlicy, przychodzi do lekarza zgóry upewniona o gruźlicy płuc lub gardła (phtiseophobia). Z innych objawów wybija się brak apetytu, ogólne osłabienie, częstomocz. Wszystkie te objawy, a kiedy jeszcze wysłuchuje się nieco szorstszy oddech w płucach, mylnie kierują myśl lekarza na swoiste podłoże cierpienia płucnego i nierzadko chora taka peregrynuje od lekarza do lekarza wybierając po drodze bądź leki, używane przy gruźlicy, bądź środki, mające na celu ogólne wzmocnienie ustroju.

Po długich obserwacjach i badaniach dochodzę dziś do wniosku, że lwia część przyczyn leży w sferze bardzo odległej, bo w sferze seksualnej, a raczej naskutek zaburzeń równowagi seksualnej, a mianowicie: wszystkie te chore (a są to mężatki) uciekają się gwoli unikania ciąży do coitus interruptus i ten sposób spółżycia, jako łamiący nagle całe nastawienie organizmu na akt płciowy pozostaje w sferze podświadomej jako pewien uraz psychiczny, a nawet i wydzielniczy, następuje stopniowo z biegiem czasu jakiś stan spastyczny, kurczowy, jeśli tak można powiedzieć, całego niemal ustroju; a więc spastyczność przewodu pokarmowego cechująca się obstrukcją, nieprawidłowem wchłanianiem gazów (owo kruczenie w brzuchu), stan jakby przyhamowania gruczołów wydzielniczych żołądka ze zmniejszoną (prawdopodobnie) ilością soku żołądkowego, stąd brak apetytu i niedostateczne trawienie, skurcz w okolicy gardzieli (globus), mała pojemność pęcherza, stąd częstomocz, bladość powłok skórnych naskutek przykurczu naczyń krwionośnych skóry, stąd skargi często na dreszcze i zimno, które chore biorą za dreszcze w gruźlicy, wreszcie aversia do życia płciowego, przy zupełnym braku, a raczej dla braku orgasmus.

Nie orjentując się w przyczynach, widząc coraz dalej idący upadek sił i samopoczucia, chora taka jest przeświadczona o tem, że ma suchoty. W tym stanie zwraca się do lekarza i swoimi skargami naprowadza go na mylną myśl o istnieniu swoistego schorzenia płuc, a roentgenolog, dokąd posyła się chorą, prawie zawsze wynajdzie stare ogniska resp. zwapniałe gruczoły, wzmożone cienie przywnękowe lub pa-

semka okołooskrzelowe — obraz, spotykający się w małym, a nawet w miernym stopniu prawie u wszystkich ludzi. Stąd suma sumarum nieprawidłowy wniosek o przyczynach, względnie siedlisku choroby.

Naturalnie, każdy przypadek z tego cyklu winien być dokładnie badany i obserwowany, aby uniknąć omyłki i niezaliczać wszystkie te choroby w czambuł li tylko do rejestru histerji.

Jakie jest tedy najlepsze postępowanie? Z własnych bardzo licznych obserwacji mogę przytoczyć następujące postępowanie, dające bardzo dobre rezultaty, choć choroba opiera się, zwłaszcza gdy chore mają często tak silne nastawienie na gruźlicę, że trzeba niemałego trudu, cierpliwości i często zburczenia, by chorą o jej zdrowych płucach upewnić, stąd psychoterapja odgrywa pierwszorzędną rolę. Osobiście tłomaczę przyczynę choroby, wyciągając na światło dzienne zagadkę stanu podświadomego, zakazuję stosunków na 4-6 tygodni dla uspokojenia tej sfery, na początek daję preparat kozłkowy z bromem i dodatkiem lekkiego tonizującego środka, najlepiej extr. cacti grandifloris, poczem po kilkudniowej przerwie podaję essentia testiculorum firmy L. Nasierowski (hormos permina), niestety w pastylkach podawane testes nie działały. Dlaczego właśnie męskie hormony? Otóż hormospermina jest środkiem ogólnie silnie tonizującym, podaję go często dla pobudzenia apetytu i ogólnego krzepienia z rezultatami bardzo dobremi, pozatem w danym wypadku następuje jakby przestrojenie gruczołowe organizmu, być może, że wchodzi tu w grę i pewna współkorrelacja endokrynowa, że do równowagi organizmu kobiecego w granicach czynności jajników (od pokwitania do przekwitania) potrzebny jest hormon męski; przytoczę klasyczny przypadek dla braku miejsca jeden, zresztą z bardzo wielu: Chora M. K. l. 32. odżywienie niezłe, typowe skargi na uczucie przeszkody w gardle (kluska), kaszel od szeregu miesięcy, suchy, ostatnio wydzielina skąpa przy dłuższych próbach kaszlowych, dla zwalczenia, odchrząknięcia owej przeszkody w gardle, ukazuje się nieco krwi; brak apetytu, chudnięcie, skargi na bicie resp., trzęsienie w sercu. Chora jest przekonana, że ma suchoty. Badaniem stwierdza się: gardło bez zmian, w płucach nieznaczne zaostrzenie oddechu, tachycardja bez innych zmian patologicznych, silny dermografizm, wzmożone odruchy i jak to się u nas po wsiach często zdarza zapuszczony kołtun, z wywiadów: coitus interruptus od lat 4, leczyła się u lekarza, potem u znachorów (z recept sądząc leczona w kierunku zmian płucnych i anemji) ostatnio leży w łóżku od 6-ciu miesięcy.

Przepisałem brom, walerjanę i wyciąg z kaktusa wielkoliśćnego, w kroplach; po tygodniu nieznaczna poprawa, dodałem Hormosperminę — po 1 butelce: objawy znikły prawie zupełnie, przybytek na wadze 2 i pół kg. Ponadto poleciłem uregulowanie stosunków. Chorą widziałem po pół roku — stan nadal dobry, powtarza samoistnie od czasu do czasu owe leczenie. Na kilkaset obserwowanych przezemnie przypadków, tylko nieduże odsetki opierały się temu leczeniu, wówczas z pomocą przychodzi diatermia (3 elektrody: 1 pod krzyż, druga pochwowa, trzecia na dół brzucha). Diatermia ma działanie wówczas rozkurczowe, zwalnia napięcie ustroju, być może, że działa i psychicznie, jak maszyna wogóle. Jako ostatni wiatyk polecam uregulowanie stosunków, resp. unikania coitus interruptus.

W tem miejscu poruszę przypadki podobnych schorzeń, z cyklu nerwic seksualnych u kobiet bezdzietnych. Podzielę je na 3 grupy. Pierwsza, to mężatki, które dla tych czy innych przyczyn nie rodzą, z tej grupy wydzielimy dwie podgrupy, pierwsza — to kobiety, które unikają rodzenia, u tych występują zazwyczaj zaburzenia zależne od ich indywidualności, psychiki i sfery, wreszcie od sposobów chronienia się przed ciążą; u tego rodzaju kobiet zwalczanie podobnych nerwic udaje się przy pomocy hormosperminy jako uzupełnienie brakującego czynnika w myśl wyżej opisanych danych; druga podgrupa to kobiety, które nie mogą rodzić, przy zachowaniu normalnych stosunków — u tych kobiet nie występują uchwytne zaburzenia, raczej z biegiem czasu powstaje pewne załamanie psychiczne jako brak macierzyństwa.

Druga grupa kobiet, to kobiety niezamężne, żyjące jednakże życiem płciowem, a nierodzące dla przyczyn socjalnych. U tych kobiet powstają dwa urazy; jeden — to brak t. zw. domu własnego, ogniska domowego, drugi to niezaspokojony instynkt macierzyński. Tęsknota do macierzyństwa, posiadająca niesłychanie silny wływ na ustrój kobiety, niezaspokojona przeradza się zwykle w zaburzenia psychicznej równo-

wagi. Kobiety te wpadają w stan bądź depresji duchowej, przechodzącej często w stan graniczący z zaburzeniami umysłu, bądź uciekają się do narkotyków, które doprowadzają powoli do zwyrodnienia psychicznego, bądź wreszcie niezaspokojone instynkty pchają kobiety na drogę życia asocjalnego, destruktywnego, jako podświadoma zemsta za fiasco własnego życia.

Wreszcie trzecia grupa, to kobiety niezamężne, nie żyjące życiem płciowem. U tych kobiet objawy zaburzenia równowagi ustrojowej resp. seksualnej przejawiają się w różnych nieszkodliwych dziwactwach, jak to często widzimy, względnie przykrem usposobieniem, brakiem wyrozumiałości i t. p. Duża część tej grupy kobiet jednak znajdując jakąś namiastkę brakującej pełni życia — pędzi żywot zwykły, bez widocznych zaburzeń, siły i energję zużywając często na dużą, a nawet nadmierną pracę w różnych dziedzinach życia, starając się tym sposobem unicestwić swoje „ja", ale tu często przebłyskuje dla wprawnego obserwatora chęć pokrycia, przygłuszenia tą pracą owej tęsknoty do praw życiowych.

Remedium na powyżej opisane cierpienia wychodzą poza ramki medycyny, stają się one zagadnieniem socjalnem, zagadnieniem kwestji praw kobiety do macierzyństwa, chociaż i w tych wypadkach hormospermina wpływała niezmiernie dodatnio, nie rozwiązując, zrozumiale, całokształtu zagadnienia.

Schorzenia z cyklu nerwic seksualnych u niewiast zamężnych przy prawidłowem współżyciu tyczy się też t. zw. wieku balzakowskiego. Jest to biologicznie czas zwany jesienią kobiety, gdy jajnik, jeśli się tak wyrażę świadomie, a za nim cały organizm podświadomie, czuje zbliżający się okres nadejścia wieku przejściowego, zaniku sfery seksualnej, dlatego cechuje się ten okres większą ekspansją tej sfery, większym zapotrzebowaniem — pożegnalnem. Owa napozór większa pobudliwość jest podświadomem dążeniem organizmu do ciąży, nierzadko kobieta sama orjentuje się w tem, stąd późna ciąża u kobiet unikających jej do tej pory. Kiedy jednak kobieta nie orjentuje się w swoim stanie i unika ciąży w dalszym ciągu, a okres końcowej ekspansji i popędu trafia zwykle na okres wprost przeciwny, stopniowego osłabienia u męża — powstaje wówczas uraz niekompletnego zadośćuczynienia popędowi i oto wykwita cierpienie nerwicowe, objawami przypominające wyżej przytoczone stany z najrozmaitszemi odmianami, w zależności od psychiki etc. kobiety.

Tyle co do niewiast w wieku pełni i siły życia płciowego. Przejdę do cierpień wieku starszego. Objawy samego climacterium są już dokładnie znane, poruszę tu okres wstępny, jeśli tak nazwę, przedprzekwitaniowy, praeclimacterium.

Organizm kobiety przechodzi w owym czasie różne zmiany, zależne najprawdopodobniej od coraz skąpszych hormonów zanikającego jajnika. Jeszcze na długo przed przekwitaniem kobieta szuka pomocy lekarskiej, przytaczając objawy dość podobne do wyżej opisywanych nerwic z dołączeniem zaburzeń w trawieniu, ta sama jakby spastyczność, dołączają się tylko stany niepokoju, zmienności nastroju, częste nieopanowanie psychiczne, kobiety takie wpadają często w złość, są rozdrażnione, uszczypliwe, względnie na czoło wybijają się objawy bezsenności, dużego osłabienia, przygnębienia z nieprzyjemnem uczuciem bądź w dołku, bądź w okolicy serca, czasem występują bóle w tych okolicach. Chore te ze względu na wiek boją się często raka (cancerophobia) względnie mają na myśli sklerozę naczyń serca; zresztą cierpienia te mogą naśladować anginam wzgl. pseudoanginam pectoris, być może, zresztą, towarzyszą temu cierpieniu objawy dusznicy nerwicowej, trudno czasem dociec przyczyny schorzenia i łatwo się zgubić w całej plejadzie występujących objawów. Co się tyczy leczenia, preparaty jajnikowe często zawodzą, zresztą nie możemy regenerować tego, co zanika. I w tych przypadkach terapja heterohormonalna, hormospermina, bardzo dobrze wpływa, również zachęcające rezultaty daje diatermia (2 elektrody: 1 na plecy, 2-ga na okolicę plexus solaris i wyżej ku sercu).

Nie od rzeczy będzie przytoczenie kilkunastu obserwowanych przezemnie przypadków schorzenia wieku przejściowego u mężczyzn.

Naogół mężczyźni, zdawałoby się, nie przechodzą przełomu, analogicznego do przekwitania kobiet, a jednak liczne obserwacje szeregu autorów potwierdzają, że mężczyźni, zresztą w nielicznych przypadkach, przechodzą stadjum przełomu. Przytoczę szereg objawów z własnych obserwacji.

Wiek przejściowy u mężczyzny przypada o wiele później niż u kobiet, ca 55-60 lat. Cechuje go niezwykła zmiana usposobienia, dotychczas energiczni i pełni sił mężczyźni tracą siłę woli, stają się apatyczni, wrażliwi, często płaczliwi nawet, cierpią na uporczywą bezsenność, występuje w wybitnym stopniu hipochondria, chorzy są przeświadczeni o ciężkiej swojej chorobie, niektórzy boją się „pomieszania zmysłów", a nawet myślą o samobójstwie, choć jednak tego nigdy nie realizują.

Chorzy tacy są trudni do leczenia, pochodząc bowiem ze sfery inteligentnej, wertują wszystkie dostępne książki z dziedziny medycyny i pseudomedycyny, próbują sami się leczyć, trudniej przeto poddają się leczeniu psychicznemu, każde zaproponowane lekarstwo spotyka się z krytyką, zresztą chorzy tacy przeważnie już wypróbowali różne środki z dziedziny nervina i tonica. Chorzy ci zazwyczaj po paru nieudanych próbach leczenia uciekają się do różnych sławnych znachorów lub, jeśli tak można powiedzieć, prestidigitatorów medycyny, a ponieważ ta sprawa samoistnie po krótszym czy dłuższym czasie przechodzi, z tryumfem objaśniają niefortunnego lekarza o wyższości nauk tajemno-lekarskich nad t. zw. przez nich medycyną urzędową.

Leczenie hormosperminą zawodzi, próbowałem diatermią przegrzewać okolicę serca, ulga była krótkotrwała, t. zn. że po seansie chorzy mieli spokojne noce, jednak potem objawy wracały.

Stan przejściowy przechodzi sam, leczenie jego u mężczyzn, a raczej pomoc w przetrwaniu krytycznego okresu tak jak u kobiet należy do bardzo trudnych zadań lekarza.

Jeśli chodzi o wiek młodzieńczy okres rozwojowy u dziewczyn, to i tu spotykają się często owe nerwice, jako odzew nierównowagi, resp. ustalania się prawidłowej czynności jajników wraz z całym aparatem współczynnych gruczołów, antyteza do okresu ich likwidacji w okresie przekwitania u kobiet starszych.

Z objawów nerwicowych spotykamy u dziewcząt w tym okresie (lata mniej więcej 14-18) poza normalnem zresztą ujawnieniem się zaciekawienia osobnikami płci odmiennej — znaczną wrażliwość na bodźce natury psychicznej. Obserwowałem np. na nabożeństwach, zebraniach, liczne omdlenia, toniczny skurcz całego ciała bez widocznych przyczyn przy zupełnem zdrowiu fizycznem. Reszta ratujących taką pacjentkę koleżanek niezmiernie jest tem przejęta i grozi wybuchem podobnych napadów, co się często zresztą zdarza. Ostre strofowanie czasem lepiej pomaga, niźli rozczulające krople walerjanowe, niezbędny rekwizyt przy podobnych wypadkach. Nadwrażliwość ustroju poza jej psychicznemi, różnemi formami ujawnia się często w ostrych colitach, a raczej łatwej pobudliwości przewodu pokarmowego np. podczas odpowiadania, na klasówkach, egzaminach etc. (Antyteza do objawów spastycznych u kobie starszych).

Pacjentki z ową pseudocolitis, leczone wielokrotnie farmakologicznie lub djetetycznie na przewód pokarmowy, nie wykazały poprawy, przeciwnie po takiem leczeniu występowało przeczulenie przewodu pokarmowego, lecz innej natury.

Pacjentki w tym wieku często skarżą się na bóle w okolicy kątnicy, co kieruje myśl na zapalenie wyrostka robaczkowego, często też przychodzi do zabiegu; z wywiadów wiem, że w bardzo licznych przypadkach appendix był bez zmian patologicznych. U dziewcząt występują nierzadko nieprawidłowe menses, cechujące się zwiększeniem ich częstości, przedłużaniem, jest to odzew na początkową nadakcję jajnika, jeśli dołączają się bóle i obstrukcja należy mieć na uwadze zmiany w położeniu macicy, retropositio, wzgl. flexio, które często jako etjologję mają wstrzymanie się od oddawania moczu (znany objaw towarzyskiej pruderji); wypełniony nad miarę pęcherz podnosi, a nawet odchyla macicę, ciśnienie jelit i kałowe masy ustalają powoli ten stan, stąd macica sama już uciska prostnicę, wywołując mechaniczną przeszkodę, a w samej macicy zmieniają się patologicznie stosunki układu naczyniowego, stąd bóle na początku menses, jako zwiększone skurcze macicy, zmuszonej do użycia większej siły przy wydalaniu przez przekrzywiony kanał krwi zebranej. Objawy te i nieprawidłowości występują zresztą nietylko u dziewczyn, ale i u kobiet starszych. Zazwyczaj owe skrzywienie wywołuje szereg objawów natury nerwicowej, kobiety skarżą się na bóle w brzuchu, tłomaczone mylnie czasem jako bądź appendicitis, bądź ren mobilis.

Przyczyna tych bólów leży prawdopodobnie w nieprawidłowym odruchu bólo-

wym przez uciskającą nerwy przekrzywioną macicę.

Leczenie w tych przypadkach jest proste — polega na odchyleniu macicy, a przy zmianach zapalnych lub zrostowych w cavum Douglasi — diatermia lub operacja.

U dziewcząt przy prawidłowem ułożeniu macicy bardzo dobre wyniki daje sama diatermia, znosząc tonus ustroju.

Zrozumiałe, że i tutaj ostateczna djagnoza: „nerwica sfery płciowej“ może być postawiona dopiero po dokładnej obserwacji i wykluczeniu innych schorzeń.

Reasumując powyższe obserwacje można stany histeryczne wzgl. nerwicowe podzielić na 3 grupy w zależności od stanu jajnika i jego fizjologji, jak i fizjologji seksualnej. Propter unum ovarium mulier est quod est, znane powiedzenie, zmienione dziś wpływem czasu i formą dzisiejszego życia indywidualnego i socjalnego.

Więc I grupa — to wiek młody, wiek pokwitania, nadmiar z młodzieńczą energją wydzielanego hormonu jajnika.

Grupa II — wiek pełni sił przy braku współkorrelacji hormonu męskiego (unikanie ciąży, coitus interruptus, Balsac).

Grupa III — stany praeclimacteryczne, wiek zmierzchu, zanikającego jajnika, ostatnia burza przed ostateczną ciszą.

COMBRETIN

WYCIĄG PŁYNNY z COMBRETUM RAMBAULTII H.

REGULATOR CZYNNOŚCI WĄTROBY

WSKAZANY we WSZYSTKICH SCHORZENIACH WĄTROBY NAJWIĘCEJ CZYNNY ZE WSZYSTKICH ŻÓŁCIOPĘDNYCH

ŻÓŁTACZKA WSZELKIEGO RODZAJU
NIEDOSTATECZNE WYDZIELANIE MOCZNIKA
ZAPARCIE NAWYKOWE



DAWKOWANIE
3 razy dziennie po 20-30 kropel

PRÓBY I LITERATURĘ NA ŻĄDANIE W.PP. LEKARZY

CHEM.-FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY PRZEMYSŁ.-HANDLOWE

L. NASIEROWSKI

WARSZAWA KALISKA 9. TEL. 924-39, 930-42

LECZENIE DUSZNOŚCI WSZELKIEGO POCHODZENIA



Wskazania:

Rozedma płuc, Dychawica, Miażdżyca, Przewlekły nieżyt oskrzeli, Przewlekłe schorzenia sercowo-nerkowe.

Wszelkie wskazania terapji jodowej.

DAWKOWANIE:

DAWKI ZWYKŁE: 2-6 ŁYŻECZEK OD HERBATY DZIENNIE.
DAWKĘ DZIENNĄ WLAĆ DO SZKLANKI WODY OCUKRZONEJ I POPIJAĆ MAŁEMI ŁYKAMI W CIĄGU DNIA.
DAWKA DLA DZIECI — STOSOWNIE DO WIEKU.

L. NASIEROWSKI · Warszawa Kaliska 9, tel. 924-39 i 930-42 Próby i literatura na żądanie Wpp. Lekarzy.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY DZIECIĘCE.

Przechodzenie do mleka składników pokarmowych i leków przyjmowanych przez karmiące. (Le passage dans le lait des aliments ou médicaments absorbés par les nourrices). G. Dreyfus-Sée.

Revue de Méd. Nr. 4. 1934.

Jest rzeczą ważną wiedzieć, czy różne substancje pokarmowe oraz leki przyjmowane przez kobiety karmiące przechodzą do pokarmu i czy mogą wywierać wpływ na skład pokarmu, a co za tem idzie — na zdrowie niemowlęcia. Działanie środków leczniczych może być dwojakie. Niektóre z nich mają wpływać pobudzająco lub hamująco na samo wydzielanie pokarmu; większe znaczenie posiadają te leki, które jako takie mogą przechodzić do pokarmu i mogą w ten sposób przedostać się do ustroju dziecka.

Leki i pokarmy, które może otrzymywać kobieta karmiąca można podzielić na dwie grupy:

1) do pierwszej będą należały środki organiczne i mineralne, które normalnie znajdują się w pokarmie.

2) Do drugiej grupy należą substancje nie znajdujące się w warunkach fizjologicznych w mleku; ta grupa może obejmować zarówno leki nieszkodliwe, podawane w celu leczniczem matce, i które czasami mogą być wykorzystane dla pośredniego leczenia niemowlęcia, oraz substancje trujące; należy ustalić w jakim stopniu te ostatnie mogą być niebezpieczne dla dziecka.

Z pośród substancji zawartych w warunkach fizjologicznych w mleku jedynie tłuszcze i witaminy w znacznych ilościach mogą do mleka przechodzić. Zwiększając lub zmniejszając zawartość tłuszczów w odżywianiu karmiącej można wpływać na zawartość w pokarmie tłuszczu. Fakty te znajdują także potwierdzenie kliniczne.

Natomiast substancje białkowe, cukier, oraz wszelkie sole mineralne zawarte w mleku nie wywierają wyraźnego wpływu na skład pokarmu. Dotyczy to także soli żelaza. Pewne zastrzeżenie dotyczy tylko soli kuchennej, bowiem obserwowano u niemowlęcia obrzęki w przypadku nadmiernej zawartości soli w pokarmie matki; praktycznie jednak można przyjąć, że samoistne wahania chlorku sodu w mleku są nieznaczne i że pokarmy z dużą zawartością soli u kobiet zdrowych nie wpływają wyraźnie na te wahania.

Co się tyczy leków w ścisłem znaczeniu, to niektóre z nich mogą przechodzić do pokarmu. Najważniejsze z nich są następujące.

Jod i sole jodu przechodzą do pokarmu; jod można stwierdzić w moczu niemowląt. Wydzielanie jodu z pokarmem ustaje po 48 godzinach. Według niektórych autorów podawanie jodu karmiącej wywołuje zmiany w wydzielaniu pokarmu: zwiększenie miana substancji białkowych, zwiększenie soli mineralnych, obniżenie tłuszczu.

Wydzielanie halogenów wzrasta wyraźnie wraz z ich wagą drobinową: żadne dla chloru, minimalne dla bromu, łatwe i obfite dla jodu.

Drugą ważną substancją wydalającą się z pokarmem jest arsen, który podawany w dawkach leczniczych karmiącej wydziela się w pokarmie, jednak w dawkach nietrujących dla dziecka. Właściwość tę można wykorzystać w celach leczniczych, gdyż arsen podawany kobietom karmiącym może mieć wpływ dodatni i leczniczy na niemowlę. Jedynie śmiertelna dawka arsenu dla matki może być trującą także i dla dziecka.

Wydalanie arsenu z pokarmem rozpoczyna się wkrótce po pierwszej dawce, i utrzymuje się dość długo po zaprzestaniu leczenia, gdyż około 80% dawki arsenu zatrzymuje się w ustroju ulegając stopniowemu i powolnemu wydalaniu.

Następnie mogą ulegać wydzielaniu preparaty rtęciowe, najszybciej przy zastosowaniu podskórnem, następnie doustnem; przy wcierkach w skórę rtęć nie wydziela się z pokarmem. Naogół przechodzenie rtęci do pokarmu jest znikome i nie należy obawiać się zaburzeń z tego powodu u dziecka.

Preparaty srebra i bismutu nie wydzielają się z pokarmem.

Co się tyczy substancji organicznych, to środki narkotyczne lotne i rozpuszczalne w tłuszczach mogą przenikać do pokarmu w niewielkich dawkach, które mogą wywołać lekkie zaburzenia u dziecka; ich szybkie wydalanie z ustroju zapobiega poważniejszym następstwom. Alkohol, naprzykład, przy dużem spożyciu zaledwie w znikomej ilości przechodzi do pokarmu; nie chodzi tu o wydalanie lecz ogólne nasycenie ustroju; tak po spożyciu 27 cm^3 alkoholu, wykryto w dobowej ilości pokarmu zaledwie 0,2 cm^3.

Zaburzenia występujące u dzieci przypisuje innym substancjom zawartym w napojach alkoholowych, — lub też zaburzenia są spostrzegane dlatego, że alkoholiczki bezpośrednio mogą dawać alkohol dziecku. Przechodzenie do pokarmu salicylanów i antypiryny jest znikome aby mogło być szkodliwe dla dziecka; fenacetyna i pyramidon nie wydalają się z pokarmem. Dotyczy to także większości środków przeczyszczających. Niektóre olejki eteryczne mogą zmieniać smak i zapach pokarmu, jednak nie wywołują zatrucia (czosnek, terpentyna, anyżek, szparagi i t. p.) Chinina wydala się w ilości znikomej nie wywołującej zatrucia u dziecka. W znikomej ilości wydala się również morfina. Ani preparaty sporyszu ani naparstnicy nie wydzielają się z pokarmem.

Streszczając należy podkreślić interesujący fakt, że ogólnie biorąc, z wyjątkiem przypadków masowego zatrucia karmiącej, — żaden środek farmaceutyczny nie przechodzi do pokarmu w ilości wystarczającej dla wywołania u dziecka zaburzeń toksycznych. Występujące czasami zaburzenia po spożyciu środków toksycznych należy raczej odnieść do zmian pokarmu natury biolo-

gicznej a nie chemicznej; zmiany te wywołują zaburzenia w czynnościach pokarmowych, a nie bezpośrednie działanie szkodliwe.

Z drugiej strony zasługuje na uwagę możliwość pośredniego stosowania dziecku niektórych środków leczniczych za pomocą podawania ich matce. Wreszcie doświadczalnie stwierdzono przechodzenie do pokarmu przeciwciał, pod wpływem zastosowania leczenia szczepionkami.

Naogół jednak gruczoły mleczne są zaporą podtrzymującą stałość składu pokarmu. Aż do granic zatrucia gruczoł zachowuje swą fizjologiczną czynność wydzielniczą, nie służąc do celów wydalania substancji szkodliwych dla zdrowia dziecka.

Jerzy Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Uwagi w sprawie powstawania pooperacyjnego i poporodowego zapalenia zakrzepowego żył. (Quelques notions étiologiques sur les phlébites chirurgicales et obstétricales). Ducuing.

Le Journal Méd. Français Nr. 2, luty 1934 r.

Autor zastanawia się w pracy swej nad następującemi dwoma zagadnieniami z dziedziny etjologji pooperacyjnego i poporodowego zapalenia żył: nad częstością występowania tego cierpienia i nad jego zaraźliwością i występowaniem nagminnem.

O częstości występowania tego rodzaju zapalenia żył mówią liczne statystyki. Jednakże ze względu na swoistość materjału klinicznego, z trudnością dającego się ułożyć w ramki statystyczne, wyciąganie dalej idących wniosków etjologicznych z tych statystyk mogłoby doprowadzić do błędnych koncepcyj. Statystyka autora z 1929 roku, oparta na 1500 przypadkach operacyj brzuszno-miedniczych, określa częstość występowania zapalenia pooperacyjnego żył na 10.5%. Statystyka z 1933 r. (100 przypadków) — na 12%. Liczba spostrzeganych przypadków zapalenia pooperacyjnego i poporodowego żył wzrosła w ostatnich latach w sposób wybitny, przyczem wzrost ten zależy w pierwszym rzędzie od tego, że obecnie — pamiętając o możliwości występowania pooperacyjnego zapalenia żył — rozpoznaje się je znacznie lepiej i częściej, niż to miało miejsce w dawnych latach. Pozatem, i bezwzględna liczba odpowiednich przypadków wzrosła niewątpliwie, co tłumaczy się częstem obecnie występowaniem warunków, sprzyjających rozwijaniu się zapalenia żył; należy tu wspomnieć o czynniku może najważniejszym — o znacznem rozszerzeniu zakresu stosowania leczenia operacyjnego. Obecnie dzięki udoskonaleniu strony techniczno-operacyjnej (np. wykonywanie licznych operacyj w znieczuleniu miejscowem czy też przewodowem), operuje się i ludzi starych, wyniszczonych, z niewydolnem krążeniem, z bardzo posuniętem nieraz schorzeniem nowotworowem, — ludzi, których dawniej nie poddawano operacji. To też nic dziwnego, że tego rodzaju kontyngent chorych wpłynął zdecydowanie na wzrost liczby przypadków pooperacyjnego zapalenia zakrzepowego żył. Szczególną rolę grają tutaj przypadki raka na granicy jego operacyjności; w 60% operacyj otwarcia wywiadowczego jamy brzusznej z powodu raka nieoperacyjnego występuje jako powikłanie pooperacyjne — zapalenie żył.

Czy pooperacyjne i poporodowe zapalenie żył jest zaraźliwe i czy występuje nagminnie? Rozróżniamy pod względem anatomopatologicznym zapalenia żył zakaźne, jałowe (powstałe w następstwie pierwotnych zmian w śródbłonku i zaburzeń krążenia) i mieszane (najczęstsze i najgroźniejsze dla życia chorego). Przyczyną wywołującą w postaciach zakaźnych i mieszanych bywają różne rodzaje drobnoustrojów, ale niektóre z nich (streptococcus, bac. Pfeifer) wykazują szczególne powinowactwo do śródbłonka żylnego. Cały szereg faktów klinicznych, jak: nagły wzrost przypadków pooperacyjnego i poporodowego zapalenia żył w danym zakładzie leczniczym, okresowe wzrosty liczby tego rodzaju przypadków w pewnych porach roku (luty, marzec), w pewnych warunkach sanitarno-higjenicznych — przemawiają za koniecznością pozytywnego ustosunkowania się do zagadnienia zaraźliwości pooperacyjnego zapalenia żył, jakkolwiek przesłanki ściśle teoretyczne, naukowe przemawiałyby raczej za odrzuceniem tej możliwości. Co się tyczy przypuszczalnego mechanizmu zarażania się chorych po operacji względnie położnic pomiędzy sobą lub od osób trzecich, to można, co do tego wypowiadać tylko luźne przypuszczenia; jeśli wiążać powstawanie owych powikłań żylnych z zakażeniem grypowem, to zakażenie to przychodzi do skutku najprawdopodobniej przez drogi oddechowe; jeśli chodzi o inne drobnoustroje chorobotwórcze, to te przedostają się do krwiobiegu chorego z rany, zaniesione tam przy zabiegach, wykonywanych przez personel lekarski lub pomocniczo-lekarski (położne).

Cechy kliniczne i mechanizm powstawania bólów w przebiegu zapalenia żył kończyn dolnych i miednicy. (La douleur dans les phlébites chirurgicales et obstétricales des membres inférieurs et du bassin). Ducuing i Thomas.

Tamże (jak wyżej).

Ból w początkowym okresie zapalenia żył jest objawem niezmiernie cennym, zwłaszcza w przypadkach pooperacyjnych, gdyż odrazu kieruje uwagę lekarza we właściwym kierunku, nakazując mu przedsięwzięcie odpowiednich środków ostrożności. Tembardziej, że w początkowym okresie tego cierpienia, przy jego umiejscowieniu np. w małej miednicy, może nie być żadnych innych objawów tak, że wystąpienie nagłe zatoru płucnego (nieraz śmiertelnego) staje się w tych przypadkach zupełną niespodzianką dla lekarza.

Występujące w przebiegu zapalenia żył kończyn dolnych i miednicy bóle bywają samoistne i wywołane uciskaniem; i jedne i drugie mają swoje znaczenie rozpoznawcze. Bóle samoistne bądźto szerzą się wzdłuż chorej żyły (odpiszczelowej, udowej, łydkowej), bądźto są umiejscowione w pewnych punktach na jej przebiegu (okolica przedniego brzegu kości piętowej, okolica poza kostką wewnętrzną, łydka, pachwina, okolica krzyżowa, pośladkowa, okolica prawego talerza biodrowego, podbrzusze), bądź też szerzą się wzdłuż nerwów, bądź wreszcie, nieposiadają określonego umiejscowienia (bóle rozlane całej kończyny, bóle brzucha — o charakterze kolki nerkowej, wątrobowej, wyrostkowej i t. p.).

Bóle te mogą nasilać się okresowo do znacznego stopnia; towarzyszą im mrowienia i kurcze w zakresie kończyny i uczucie ciężkości. Jeśli chodzi o bóle, umiejscowione w jamie brzusznej, to może być przy tem i pewne napięcie powłok brzusznych. Do bólów samoistnych zaliczyć należy również bóle w klatce piersiowej jako następstwa bardzo często występujących w tego rodzaju przypadkach zatorów płucnych.

Bolesność uciskowa — na przebiegu chorych żył (zwłaszcza w punktach, o których wyżej była mowa), na przebiegu nerwów, w okolicy poszczególnych narządów jamy brzusznej (moczowodów, kątnicy, rogu macicy, przymacicza, tkanki dookoła odbytniczej) — zwykle towarzyszy bólom samoistnym, ale może występować i bez tych ostatnich, będąc wówczas bardzo cennym objawem rozpoznawczym.

Mechanizm powstawania objawów bólowych w przebiegu zapalenia żył jest bardzo różnorodny; grają tutaj rolę: zapalenie ściany żylnej (szerzące się od błony wewnętrznej nazewnątrz, na przydankę i zawarte w niej vasa vasorum i liczne zakończenia nerwowe), skurcze żyły chorej (dają bóle, szerzące się wzdłuż żyły), ucisk mechaniczny gałązek nerwowych przez rozszerzoną i wypełnioną zakrzepami żyłę lub rozszerzone wyrównawczo żyły oboczne (dotyczy to między innemi i korzonków rdzeniowych, narażonych na ucisk w otworach międzykręgowych). Poza tem, bóle mogą tu być spowodowane również wtórnie — niedomaganiem czynnościowem poszczególnych narządów jamy brzusznej w następstwie szerzącego się na nie zapalenia żył i zastojów żylnych. Ból wskutek powstania zatoru tłumaczy się nagłem podrażnieniem śródbłonka żylnego przez skrzeplinę (embolus) i towarzyszącem mu rozszerzeniem i obkurczeniem poszczególnych odcinków chorej żyły.

Niedrożność jelitowa porażenna — jako następstwo pooperacyjnego zapalenia żył w zakresie jamy brzucha i małej miednicy. (Iléus postopératoire et phlébite pelvi-abdominale). Ducuing i Fabre.

Tamże.

Niedrożność tę należy odróżniać od pooperacyjnej niedrożności mechanicznej (zagięcie w zrostach, zawężlenie) i zakaźnej (ogólnione lub ograniczone zapalenie otrzewnej). Niedrożność porażenna w następstwie zapalenia żył jamy brzucha i miednicy bywa: późna, wczesna i pośrednia (mieszana). Postacie te różnią się między sobą obrazem klinicznym, mechanizmem chorobotwórczym i wskazaniami leczniczemi.

1. Niedrożność późna. W kilka dni po operacji, pomimo oddawania przez chorego gazów i stolca (po lawatywie), zaczyna się zaznaczać wzdęcie brzucha, przeważnie podbrzusza; bólów ani wymiotów niema, ciepłota podwyższona (do 37,8°), tętno częste (100 na minutę), stan ogólny i samopoczucie — dobre. Czasami występują zaburzenia w oddawaniu moczu (częste lub bolesne oddawanie, zatrzymanie moczu), obrzęk podskórny okolicy wzgórka łonowego, obrzęk kończyny dolnej. Objawy te zwykle w ciągu 5 — 12 dni ustępują zupełnie i następuje wyleczenie. W innych przypadkach przebieg takiej niedrożności bywa znacznie cięższy: występują wymioty (nawet kałowe), czasami biegunka, znaczne upośledzenie stanu ogólnego, objawy zatorowe; przypadki te często kończą się śmiercią. Sekcja wykazuje: rozdęcie jelit, pętle blade z podbiegnięciami krwawemi, żyły krezkowe — wypełnione zakrzepami, twarde; w świetle naczyń — czasami wolne skrzepliny. Bezpośrednią przyczyną powstania powyższych objawów klinicznych jest zakrzepowe zapalenie żył głębokich jamy brzusznej i małej miednicy, które może dotyczyć zarówno układu żyły wrotnej, jak i układu żyły próżnej dolnej.

Leczenie polega tu na możliwem unieruchomieniu chorego w łóżku i podawaniu do wewnątrz łagodnego środka przeczyszczającego (np. parafinę płynną) i węgla — dla wchłaniania gazów; wstrzykiwanie stężonego roztworu chlorku sodu będzie tutaj przeciwwskazane (grozi zbyt gwałtownem uruchomieniem jelit).

II. Niedrożność wczesna. Objawy kliniczne zjawiają się już w drugiej dobie po operacji: wymioty (nigdy nie mają charakteru wymiotów kałowych), wzdęcie nadbrzusza, częste zaburzenia w oddawaniu moczu (zaleganie), nadmierne pragnienie, spadek stężenia chlorków we krwi. Gorączki nie bywa. Przebieg dobrotliwy, zejścia śmiertelnego nie bywa prawie nigdy.

Mechanizm powstawania tych objawów nie jest jednolity; pewną rolę gra i tutaj zapalenie żył, ale na pierwszy plan wśród czynników przyczynowych wysuwa się zaburzenie równowagi układu nerwowego roślinnego, polegające na zahamowaniu lub wzmożeniu czynności nerwu współczulnego z następowem wzmożeniem lub upośledzeniem napięcia nerwu błędnego. Owe zaburzenie równowagi układu nerwowego roślinnego jest spowodowane bądźto samym aktem operacyjnym (uraz, narkoza), bądź też zatruciem lub zaburzeniem natury humoralnej w okresie pooperacyjnym (np. zubożenie ustroju w chlorki); prowadzi ono do porażenia jednych odcinków przewodu jelitowego, a nadmiernego skurczenia — innych.

W przypadkach lżejszych równowaga ta powraca bardzo łatwo, nawet bez leczenia, ewentualnie po zastosowaniu jednego z następujących środków: atropiny, peristaltyny, hypofizyny i t. p. W przypadkach poważniejszych bardzo dobre wyniki dają wstrzykiwania dożylne stężonego roztworu chlorku sodu (działającego hamująco na układ współczulny) — będącego jakby specyfikiem w tego rodzaju stanach. Wstrzykuje się na dawkę 20 cm³ — 12% roztworu.

Związek anatomo-patologiczny między zapaleniem pooperacyjnem i poporodowem żył kończyn dolnych a zapaleniem żył małej miednicy. (Rapports entre les phlébites chirurgicales et obstétricales du pelvis et celles des membres inférieurs). Ducuing.

Tamże.

Zbędnem byłoby podkreślać niezmierną częstość występowania zapalenia zakrzepowego żył w zakresie małej miednicy w porównaniu do częstości występowania tego cierpienia w innych okolicach ciała. Lubarsch w swej statystyce sekcyjnej z 1905 r. podaje 283 przypadki zapalenia żył splotu sterczowego, macicznego, pochwowego i odbytnicowego — na 241 przypadek zapalenia żyły udowej i jej odgałęzień. Tłumaczy się to w

pierszym rzędzie tem, że żyły małej miednicy są etapem pośrednim, przez który przechodzi prawie zawsze proces zapalny w swej wędrówce z żył pola operacyjnego do żył kończyn dolnych. Można powiedzieć z zupełną prawie pewnością, że w każdym przypadku zapalenia żył kończyn dolnych zapalenie to było poprzedzone lub rozwinęło się jednocześnie z zapaleniem żył małej miednicy.

Faktem niezmiernie charakterystycznym jest tutaj objęcie procesem zapalnym żył małej miednicy także w tych przypadkach kiedy operacja była wykonana np. na kończynach, nie mówiąc już o operacjach w zakresie brzucha i miednicy. Co stwarza tutaj tę predyspozycję układu żylnego miednicznego do zapaleń zakrzepowych? Są to czynniki natury anatomicznej, fizjologicznej, zakaźnej i inne. Żyły te tworzą liczne sploty, komunikujące soię bogato z żyłami okolic sąsiednich, a pośrednio — z żyłami okolic bardzo nawet odległych. Krwiobieg w ich zakresie jest znacznie zwolniony — krew zalega w splotach żylnych miednicy już fizjologicznie, w warunkach prawidłowych; stan ów nasila się w okresie pooperacyjnym, zwłaszcza po operacjach brzusznych. Żyły małej miednicy są często dotknięte procesem zakaźno-zapalnym już przed operacją (zwłaszcza u kobiet — zakażenie z narządw rodnych). Operacja bywa tutaj czynnikiem, pobudzającym ów proces do szerzenia się na żyły kończyn dolnych i inne.

Sąsiedztwo, wreszcie, narządów o zawartości septycznej (odbytnica, pęcherz moczowy, gruczoł krokowy, macica i pochwa) sprawia, że otaczające je włośniczki i drobne żyły są stale zakażane. Nie bez znaczenia jest również fakt, że skład krwi w żyłach miedniczych jest odrębny; krew ta zawiera więcej toksyn, hormonów i płytek krwi — niż krew innych okolic ciała. Wszystkie wyżej wyliczone czynniki tłumaczą zupełnie wystarczająco tę szczególną predyspozycję żył miednicznych do zapaleń zakrzepowych, których jednym ze śladów są tak często spotykane, ubocznie, na zdjęciach rentgenowskich — flebolity.

Objawy kliniczne, pozwalające na wczesne rozpoznawanie poporodowego zapalenia żył. (Le dépistage précoce de la phlébite puerpérale). Guilhem.

Tamże.

Objawy te przypominają w zupełności wczesne objawy pooperacyjnego zapalenia żył; są to: objawy bólowe, naczynioruchowe, objawy ogólne, obrzęki, zaburzenia w czynności trzew i zatory.

1) Bóle — bywają o bardzo różnem nasileniu, o charakterze kurczowym, neuralgicznym; czasami ograniczają się one jedynie do uczucia ciężkości kończyny chorej. Typowe umiejscowienia bólu: tylna górna część uda, łydka i środkowa część podeszwy, czasami — okolica kątnicy, moczowodu, przydatków macicznych.

2) Zaburzenia naczynioruchowe (w zakresie nerwu współczulnego) dotyczą zarówno dużych pni żylnych, jak i najdrobniejszych naczyń obwodowych. Rozszerzenia żył przejawiają się miejscowem podwyższeniem ciepłoty skóry i zmianą jej zabarwienia w postaci plam różowawo-niebieskawych różnej wielkości. Skurcz żył wygląda szczególnie charakterystycznie, jeśli dotyczy dużych pni: np. obkurczoną żyłę odpiszczelową na udzie wyczuwa się ręką jako twardy powrózek, który może nagle zniknąć bez śladu, jeśli ustąpi skurcz żyły. Tem szybkiem znikaniem różni się skurcz żyły od wypełnienia jej zakrzepami.

W związku z opisem zaburzeń naczynioruchowych, wspomniećby należało tutaj o zmianach w wydzielaniu potu i w zakresie odruchu włosowego. Skóra kończyny, dotkniętej zakrzepowem zapaleniem żył, jest bardziej wilgotna (wydziela więcej potu) niż skóra kończyny po stronie przeciwnej; badanie to należy przeprowadzać bezpośrednio po odkryciu chorej, leżącej w łóżku gdyż później, już po paru minutach, różnice te — wskutek parowania — wyrównują się. Co się zaś tyczy odruchu włosowego (gęsia skórka), to odruch ten silniej się zaznacza zwykle po stronie chorej; wywołać go można przez łaskotanie, szczypanie lub uciskanie bocznych części szyi.

3) Objawy ogólne najbardziej, typowe — to podwyższenie ciepłoty i częstsze niż normalnie tętno (tachycardia). Nie należy, jednakże, zapominać o tem, że bywają przypadki poporodowego zapalenia żył, które zaczynają się zupełnie bez gorączki i bez zwiększenia częstości tętna.

4) Obrzęki obwodowe — poczynają się zwykle od okolic przymiednicznych: wzgórek łonowy, wargi większe, powłoki brzuszne, okolice lędźwiowe; później dopiero występują obrzęki kończyny dolnej — począwszy od kostek, łydki lub nasady uda.

Nasilenie tych obrzęków jest umiarkowane.

5) Objawy ze strony trzew brzusznych — dotyczą pęcherza moczowego (zbyt częste oddawanie moczu, zatrzymanie moczu), macicy (objawy zapalne przymacicza), jelit (parcie na stolec, uczucie ciążenia w kiszce stolcowej, zjawienie się guzów krwawnicowych, wzdęcie brzucha). Objawy pęcherzowe należą do najczęstszych i najwcześniej występujących; przez czas dłuższy mogą być jedynym objawem zapalenia żył w zakresie małej miednicy.

6) Zatory zakrzepowe mogą się zjawiać w każdym okresie zapalenia żył i mogą być pierwszym tego zapalenia objawem. Zwykle powikłanie to kończy się powstaniem ograniczonego zawału płucnego i krótkotrwałem krwiopluciem, bez poważniejszych następstw.

Ze wszystkich wyżej wymienionych objawów do najwcześniejszych należą: bóle i zaburzenia w zakresie nerwu współczulnego.

Leczenie pooperacyjnego i poporodowego zapalenia żył środkami chemicznemi. (Les anticoagulants chimiques dans la prophylaxie et le traitement des phlébites chirurgicales et obstetricales). Jeamin.

Tamże.

W przypadkach tych chodzi w pierwszym rzędzie nie tyle o leczenie, co o zapobieganie powstawaniu zakrzepów żylnych. Ze wszystkich stosowanych w tym celu środków zdobyły sobie prawo obywatelstwa klinicznego: hirudyna, cytrynian sodu i sulfarsenobenzol — znane jako środki przeciwdziałające krzepnięciu krwi. Zgóry już należy sobie dokładnie uświadomić, że nie są to środki o działaniu zapobiegawczem czy też leczniczem tak wyraźnem i zdecydowanem, jakby to wypadało z ich wpływania na proces krzepnięcia krwi *in vitro*. W walce, jednakże, z zapale-

niem zakrzepowem żył w arsenale środków klinicznych nie posiadamy środków o działaniu pewniejszem i skuteczniejszem. Dlatego też, siłą rzeczy, musimy zająć się temi lekami, które dają niewielką chociażby szansę uzyskania poprawy.

Działanie cytrynianu sodu sprowadza się do wiązania wapnia krwi, będącego jednym z nieodzownych czynników w procesie krzepnięcia krwi. Stosowanie dożylne roztworów cytrynianu sodu kryje w sobie pewne niebezpieczeństwo powikłań, groźnych nieraz dla życia. Toteż podaje się go obecnie prawie wyłącznie doustnie, w dawce 6 — 12 gr. dziennie, w ciągu szeregu dni. Ponieważ działanie tego środka przeciwko krzepnięciu krwi rozwija się powoli, dopiero po dłuższym okresie czasu jego stosowania, więc celowem jest uzupełnianie go w pierwszych dniach leczenia hirudyną (lub poprostu pijawkami), która działa o wiele szybciej.

Praktycznie biorąc, należy podawać w okresie przedoperacyjnym cytrynian sodu w tych przypadkach, w których stwierdzono skrócenie okresu krzepnięcia krwi (a zwłaszcza w przeroście sterczu i we włókniakach macicy); po operacji — stosuje się cytrynian sodu w przypadkach ze wzmożoną krzepliwością krwi i przy pierwszych zwiastunach poczynającego się zapalenia żył (wówczas — zawsze z jednoczesnem zastosowaniem pijawek). Należy natychmiast wstrzymać podawanie tych leków, jeśli chory zacznie gorączkować lub wystąpią objawy zatorowe (zatory płucne) — dowodzące niepożądanego uruchamiania się skrzepliny, przeważnie zakażonej.

Sulfarsenobenzol jest środkiem, bardzo silnie obniżającym krzepliwość krwi, nawet in vivo. Jeśli nie znalazł on dotychczas szerszego zastosowania w zapobieganiu i leczeniu zapalenia żył, to przyczyną tego jest jego silna toksyczność, nawet po dawkach stosunkowo niewielkich (niedomoga wątroby, swoiste zapalenie skóry, krwawienia). Przewidzieć wystąpienie tych powikłań i ustrzec się przed niemi — jest naogół bardzo trudno. Z drugiej zaś strony, zauważono ponad wszelką wątpliwość — po stosowaniu małych dawek sulfarsenobenzolu przez kilka najbliższych dni po porodzie operacyjnym — wyraźnie dodatnie działanie zapobiegawcze tego środka, jeśli chodzi o uchronienie chorej od wystąpienia następowego zapalenia zakrzepowego żył — tak częstego naogół po porodach operacyjnych.

Wczesne uruchamianie chorych po operacji i położnic — w celu zapobieżenia powstawaniu zakrzepów żylnych. (Lever précoce et „promenade au lit" dans le traitement des phlébites chirurgicales et obstétricales). Ducuing i Guilhem.

Tamże.

W dążeniu do możliwego ograniczenia liczby przypadków pooperacyjnego i poporodowego zapalenia zakrzepowego żył, zaproponowano stosowanie w celach zapobiegawczo-leczniczych wczesnego uruchomienia odpowiednich chorych (wstawanie z łóżka, gimnastyka w łóżku). Próby te były poczynione na dużym materjale. Chorych stawiano na nogi, począwszy od drugiego dnia po operacji, i zmuszano do chodzenia po pokoju. Takie samo działanie zapobiegawczo-lecznicze ma mieć przerabianie przez chorych po operacji (i położnice) następujących ćwiczeń gimnastycznych w łóżku: głębokie oddechy, czynne poruszanie kończynami we wszystkich stawach, przewracanie się z boku na bok i siadanie w łóżku.

Tak wstawanie, jak i gimnastyka w łóżku — mają na celu przyśpieszenie zapomocą skurczów mięśniowych krwiobiegu żylnego, ułatwienie wymiany gazowej w tkankach i przemiany materji w ustroju wogóle i szybszy powrót do prawidłowej sprawności poszczególnych narządów, zakłóconych w ich czynności przez akt operacji lub porodu (płuca, trzewa brzuszne). Nie bez znaczenia jest, również dodatni wpływ tego wczesnego uruchamiania chorych na ich stan psychiczno-nerwowy i samopoczucie — szczegół o niewątpliwem znaczeniu leczniczem.

Stwierdzić należy, jednakże, z całą otwartością, że owe wczesne uruchamianie chorych jest w stanie, jedynie, zmniejszyć liczbę powikłań pooperacyjnych i poporodowych w postaci zakrzepowego zapalenia żył; o zupełnem zabezpieczeniu przed niemi na tej drodze (a jak dotychczas — na żadnej) niema mowy. Znany jest cały szereg przypadków, leczonych zapobiegawczo wczesnem uruchamianiem, w których pomimo to wystąpiło zapalenie żył i objawy zatorowe.

Jakkolwiek niesłusznem jest przypisywanie wczesnemu uruchomieniu chorych takich powikłań pooperacyjnych jak: krwotoki, rozejście się szwów, wypadnięcie trzew, opóźnienie w konsolidacji blizny — tem nie mniej wczesne wstawanie z łóżka chorych po operacji przedstawia czasami pewne niebezpieczeństwo; dotyczy to przedewszystkiem chorych z ukrytą niedomogą mięśnia sercowego, u których może ono wywołać nawet nagłe zejście śmiertelne.

Jeśli w czasie uruchamiania chorych po operacji wystąpią objawy zatorowe (np krwioplucie), wówczas uruchamianie to należy natychmiast przerwać i zalecić choremu zupełny spokój fizyczny na czas dłuższy. Dotyczy to również przypadków, w których zjawiły się niewątpliwe objawy zapalenia zakrzepowego żył: zaburzenia pęcherzowe, wzdęcie brzucha, obrzęki umiejscowione, bóle i bolesność uciskowa na przebiegu dużych pni naczyniowych.

M. Czyżewski.

CHOROBY NERWOWE.

Rodzina dotknięta postacią szczególną choroby dziedzicznej. (Une famille atteinte d'une forme particulière de maladie héréditaire). A. Popow.

Revue Neurologique 1932. T. II. Nr. 5, str. 447.

Opisane cierpienie zaczyna się w okresie pierwszego dzieciństwa, nie nasila się z czasem, cechuje się zaburzeniami w chodzeniu, brakiem lub osłabieniem wszystkich odruchów ścięgnistych, zniekształceniem stóp, nieznacznym zanikiem kłębów kciuka i palca małego obu rąk, związanym z uczuciem osłabienia ramion.

Zaburzenia chodzenia są mało widoczne, lecz występują najwcześniej: dziecko zaczyna chodzić dopiero około 3-ego roku życia, a to i później, czuje się niepewnie na nogach, nie może wykonywać

szybkich ruchów, często pada, koniec stopy opada.

Przyczynek do kliniki i etyologji połowiczego postępującego zaniku twarzy. (Contribution à l'étude clinique et étiologiqque de l'hémiatrophie faciale progressive). P i e r r e M o l l a r e t.

Revue Neurologijue 1932. T. II. Nr. 5, str. 463.

Typowy przypadek połowiczego zaniku twarzy z zespołem Claude Bernarda-Hornera i niezwykłemi zaburzeniami wzroku (ostrość wzroku $^{2}/_{10}$, brodawka zaczerwieniona i obrzękła, zwłaszcza w części skroniowej górnej) po tej samej stronie. Stosowanie przeróżnych zabiegów pozostało bez skutku aż do chwili, gdy usunięto korzeń, pod którym wytworzył się ropień. Wtedy dopiero nastąpiło szybkie wyleczenie. Badanie chronaksji dało wyniki normalne w stosunku do jąder i pni nerwu trójdzielnego.

O psychozach wiądowych. (Considerations sur les psychoses tabètiques). C. I. U r e c h i a.

Revue Neurologique 1932 T. II. Nr. 5, str. 475.

Tabetycy mogą cierpieć na różne zboczenia psychiczne ochrzczone mianem ogólnem psychoz tabetycznych. Możemy tu spotkać prawie wszystkie zespoły psychjatryczne. Najczęściej występuje paranoia halucinatoria i halucynoza. Zdarzają się psychozy afektywne, zwykle dość silna depresja, rzadziej znacznie — podniecenie szałowe. Mogą mieć przebieg perjodyczny. Nie istnieje psychoza wiądowa właściwa.

Wśród nielicznych dotąd anatomicznie zbadanych przypadków psychoz wiądowych stwierdzono trzy typy zmian: 1) zmiany odpowiadające porażeniu postępującemu zwykłemu, bądź stacjonarnemu, 2) zmiany cechujące kiłę mózgu, zwłaszcza zapalenie naczyń małych Nissla-Alzheimera, czasem typu Heubnera, kilaki lub nacieki, wreszcie 3) miażdżycę zwykłą. Czasami zmiany miąższowe są silniejsze od zmian naczyniowych. Dotąd ani razu nie znaleziono krętków bladych.

Hyperwentylacja. (L'épreuve de l'hyperpnée). A. B a u d o u i n et H. S c h a e f f e r.

Revue Neurologique 1934 T. I. Nr. 4, str., 445.

Hyperwentylacja w padaczce wywołuje w 12% do 15% przypadków drgawki, które występują wyłącznie u chorych o częstych napadach. Z powyższego, wynika, że w przypadkach wątpliwych nie można liczyć na hyperwentylację dla potwierdzenia rozpoznania. Można natomiast spodziewać się, że badania nad zaburzeniami równowagi humoralnej, które wywołuje hyperwentylacja, wyświetlą w przyszłości mechanizm drgawek.

O opilstwie. (De la potomanie). M a r c e l L a b b é.

Revue Neurologique. 1934. T. I. Nr. 4., str. 474.

Moczówka prosta cechuje się właściwością ustępowania pod działaniem zastrzykniętego wyciągu płata tylnego przysadki. Powiększenie ilości moczu wydzielanego jest tu zjawiskiem pierwotnem, wtórnie występuje wzmożenie pragnienia. Pozatem są obserwowane przypadki, w których pierwotnem jest pochłanianie nadmiernej ilości płynów, powstające na tle psychopatycznem i niepodlegające zbawczemu działaniu wyciągów przysadki. Są dwie postacie tego cierpienia: dipsomania i potomania. Dipsomania jest to napadowo występujący pociąg do picia przeważnie napojów wyskokowych. Potomania występuje na tle psychopatyczno-hysterycznem i cechuje się niepokonanym pociągiem do picia wody.

Badania doświadczalne nad funkcją płatów czołowych. (Étude expérimentales sur les fonction des lobes frontaux). L. B a r b a q u e r.

Revue Neurologique 1933. T. I. Nr. 4, str., 485.

Barbaquer podjął badania doświadczalne nad zmysłem orjentacyjnym. Stwierdził, że chorzy o uszkodzonych płatach czołowych zatracają pamięć miejscowości: mięszają okolice miasta, które zamieszkują, pokoje własnego domu, rozmieszczenie mebli, których stale używają. Zmysł orjentacyjny najsilniej rozwinięty jest u ptaków przelotnych. Szereg doświadczeń wykazał, iż gołębie pocztowe orjentują się lepiej od gołębi zwykłych, które posiadają w mózgu zaledwie zaczątki specjalnego aparatu, cechującego gołębie podróżnicze. Uszkodzenie płatów czołowych wywoływało zabłąkanie się gołębi. Toż samo stwierdzono na królikach. Koty operowane kręciły się w kółko i padały z dachu. Usunięcie zupełnie jednego z płatów czołowych poza zniesieniem orjentacji wywoływało biegnięcie w bok.

Zapalenie opon i rdzenia kręgowego wywołane gorączką falistą (prątek Banga). (Méningo-myélite causée par la fiévre ondulante (bacile de Bang). K n u d H. K r a b b e.

Revue Neurologique 1934 T. II. Nr. 1, str., 34.

Przypadek zapalenia opon i rdzenia kręgowego. Dodatni wynik aglutynacji i zatrzymania komplementu dla prątka Banga nietylko we krwi, lecz i w płynie mózgo-rdzeniowym decyduje o pochodzeniu cierpienia. Choroba rozpoczęła się od mdłości, wymiotów i zaparcia. W płynie mózgowo-rdzeniowym wybitna ksantochromja i znaczne wzmożenie ilości albumin. Zapalenie rdzenia kręgowego ma trochę z poliomyelitu: niema zaburzeń czucia, tylko niedowłady, zaniki, zanik odruchów Achillesa i wreszcie objaw Babińskiego. Prawdopodobnie sprawa umiejscawia się najprzód w oponach na brzusznej powierzchni rdzenia piersiowego i lędźwiowego, korzenie przednie cierpią najwięcej. Sprawa zapalna przenika w głąb rdzenia i wywołuje objaw Babińskiego. Po zastosowaniu leczenia szczepionką tyfusową nastąpiło ostateczne wyleczenie, choć choroba trwała bardzo długo.

Akromegalja i choroba Recklinghausena. (Acromégalie et maladie de Recklinghausen). A l o y s i o de C a s t r o.

Revue Neurologique 1934. T. L. Nr. 1, str. 39.

W chorobie Recklinghausena występują dwa rodzaje zaburzeń kostnych: 1) zaburzenia rozwojowe i 2) zaburzenia zależne od neurofibromatozy. Uszkodzenia siodła tureckiego zależą bądź od wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, bądź od guza wewnątrzsiodełkowego, więc akromegalji. Oba cierpienia są związane patogenetycznie.

Dr. med. Zygmunt Messing.

ENDOKRYNOLOGJA.

Wpływ insuliny na zawartość glikogenu i ciał lipoidowych w wątrobie. (Actions comparés de l'insuline sur le glycogène et sur les lipides du foie). A b r a m i P. B e r t r a n d — F o n t a i n e, R. W a l l i c h, D i d i e r — H e s s e et C l o s o n — L o r e n t.

Cpt. Ren. de la Soc. de Biologie T. 116 Nr. 21 1934.

Odnośnie wpływu insuliny na zawartość glikogenu w wątrobie istnieją sprzeczne poglądy. Według ostatnich badań de Rathery u większości zwierząt pod wpływem działania insuliny następuje spadek zapasów glikogenu w wątrobie. W pracy niniejszej autorzy przeprowadzili badania doświadczalne na psach, którym podawano od 2 — 40 jednostek insuliny na kilogram wagi i następnie badano ilościowo zawartość glikogenu w skrawkach wątroby. Okazało się, że po podaniu insuliny ilość glikogenu spadała przeciętnie o 30%. Nie stwierdzono przytem zależności spadku glikogenu od dawki insuliny. Odnośnie ciał lipoidowych wątroby, to w większości przypadków pod wpływem działania insuliny stwierdzano ich zwiększanie się w wątrobie.

Badania nad niedocukrzeniem krwi poinsulinowem u otyłych. (L'épreuve d'hypoglycémie insulinique dans l'obésité). M. L a b b é et B o u l i n.

Presse Médicale Nr. 12/1934.

Autorzy przeprowadzili badania na 5 osobnikach dotkniętych otyłością, nad wpływem insuliny na poziom cukru we krwi. Okazało się, że po podaniu 12 jednostek insuliny dożylnie poziom cukru we krwi obniżał się przeciętnie o 60,4%. U osobników normalnych w tych samych warunkach obniżenie to wynosiło 50%. U osobników otyłych szczyt obniżenia poziomu cukru we krwi przypadał w 61 minut po podaniu insuliny a u osobników normalnych szczyt tego obniżenia przypada w 40 minut po podaniu insuliny.

Badania nad niedocukrzeniem krwi poinsulinowem w przypadkach marskości wątroby. (L'épreuve d'hypoglycémie insulinique dans les cirrhoses du foie). M. L a b b é et B o u l i n.

Presse Médicale Nr. 18/1934.

Obniżenie poziomu cukru we krwi po insulinie u osobników dotkniętych marskością wątroby jest bardziej powolne i mniej zaznaczone niż u osobników normalnych. Tak naprzykład u osobników normalnych po podaniu 12 jednostek insuliny (dożylnie) poziom cukru we krwi ulega obniżeniu o 51% przeciętnie a szczyt spadku przypada w 40 minut po podaniu insuliny. Inaczej przedstawia się sprawa u osobników dotkniętych marskością wątroby u nich po tej samej ilości insuliny spadek poziomu cukru we krwi wynosi tylko 35% przeciętnie a szczyt nasilenia spadku przypada dopiero w 56 minut po podaniu insuliny.

Nadmierne wytwarzanie insuliny po przebytej cukrzycy. (Hyperinsulinémie spontanée post diabetique). F. R a t h e r y, P. F r o m e n t, M. D é r a t et M. J a m m e t.

Presse Médicale Nr. 5 1934, str. 89.

Chory lat 62 w ciągu lat 9 był dotknięty cukrzycą. Obecnie od dłuższego czasu nie ma zupełnie cukromoczu. Poziom cukru we krwi poniżej normy. Wrażliwość na adrenalinę prawidłowa. Podanie wyciągu z tylnej części przysadki lub podanie tyroksyny wywoływało przecukrzenie krwi. Po obciążeniu 50 gr. glukozy występował cukromocz. U chorego tego stwierdzono obniżenie podstawowej przemiany materji.

W przypadku tym uderza, że zaburzenia w przemianie węglowodanowej ustąpiły zupełnie dzięki nadprodukcji insuliny.

Wpływ wyciągów gruczołów dokrewnych na skład krwi, diurezę i niedomogę nerek. (Extraits endocriniens, composition du sang, diurèse et insuffisance rènale). L. L a n g e r o n, M. P a g e t et J. L e d i e u.

Presse Médicale Nr. 27/1934.

Zadaniem nerek jest wydalanie ciał niepotrzebnych lub szkodliwych, krążących w ustroju we krwi. Niedomoga nerek wyraża się niemożnością sprawnego wydalania tych ciał niepotrzebnych lub szkodliwych. Przyczyną tej niewydolności niekoniecznie muszą być jakieś zmiany w samej krwi (Zmiany pozanerkowe). Znaną jest oddawna sprawą, że pod wpływem wyciągów tarczycy znikają obrzęki w obrzęku śluzakowatym (myxoedema). Wyciągi takie stosuje się również z dodatnim wynikiem w niektórych zapaleniach, w niedomodze serca, w przypadkach azotemji. Po stosowaniu wyciągów względnie preparatów tarczycowych we krwi zmniejsza się ilość cholesterolu, zwiększa się ilość osocza (o ile przedtem były warunki prawidłowe), chlor w osoczu nie ulega zmianie, ilość ciał białkowych ulega nieznacznym zmianom, mianowicie seryna nieco się zwiększa. Ogólna masa krwinek się nie zmienia, tak, że po podawaniu tarczycy mamy zwiększenie ilości krążącego osocza. Zwiększenie to osocza jest spowodowane wywędrowywaniem z tkanek części płynnych, mineralnych oraz białek. Późniejszym skutkiem tych zmian we krwi jest wzmożona diureza. Podanie równoczesne wyciągów z gruczołu tarczowego oraz teobrominy jeszcze wydatniej pobudza diurezę.

Antagonistycznym gruczołem w stosunku do diurezy jest przysadka mózgowa. Wyciągi z tylnego płata przysadki hamują wydalanie moczu. Niedomoga tylnego płata przysadki mózgowej jest przyczyną moczówki prostej (diabetes insipidus). Punkt zaczepny działania wyciągów tylnego płata przysadki mózgowej znajduje się w tkankach, które zostają pobudzone do zatrzymywania wody. Waga osobników, otrzymujących takie wyciągi ulega zwiększeniu, ciśnienie tętnicze ulega podniesieniu, stosunek krwinek do osocza nie ulega zmianom.

Wyciągi wątrobowe posiadają zdolność wzmagania diurezy. Niektórzy autorowie stosowali je z wynikiem dodatnim w obrzękach, oraz w nerczycach.

Mechanizm działania wyciągów wątrobowych

w stosunku do diurezy jest zupełnie podobny do działania wyciągów z gruczołu tarczowego. Ciekawym jest fakt stwierdzony przez Rogera, że wyciągi z wątrób patologicznie zmienionych zmniejszają diurezę i powodują powstawanie obrzęków.

Wyciągi z trzustki oraz insulina zmniejszają diurezę w przypadkach moczówki; u ludzi zdrowych powodują zatrzymywanie wody w tkankach i sprzyjają powstawaniu obrzęków. Wobec tego działanie insuliny i wyciągów trzustkowych w stosunku do gospodarki wodnej w ustroju jest podobne do działania wyciągów z tylnego płata przysadki mózgowej.

Nadnercza. W chorobie Adissona istnieje zaburzenie wydalania nerkowego; parenteralne podanie adrenaliny zmniejsza wtedy diurezę i powoduje zagęszczenie krwi.

Gruczoły płciowe. Follikulina zmniejsza diurezę w moczówce prostej, wyciąg z męskich gruczołów płciowych zmniejsza wydalanie moczu u chorych cukrzycowych a u osobników zdrowych powoduje zwiększone wydalanie wody.

Gruczoły przytarczowe. Podanie parathormonu powoduje znikanie obrzęków. Moczopędne działanie tego hormonu odbywa się prawdopodobnie za pośrednictwem soli wapniowych, które krążą wtedy we krwi w większej ilości.

Nerki. Wyciąg z nerek posiada własności diuretyczne wskutek pobudzenia przemiany wodnej, na drodze hormonalnej. Ciekawą jest rzeczą, że surowica otrzymana z żyły nerkowej posiada własności diuretyczne.

Mamy więc cały szereg faktów, które wskazują, że gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem mogą wywoływać wpływ na czynność wydzielniczą nerek.

Na pobudzenie wydalania wody w pierwszym rzędzie wpływają wyciągi z gruczołu tarczowego, dalej wyciągi z wątroby, z gruczołów płciowych, wyciągi z gruczołu przytarczowego oraz z nerek.

Z drugiej strony hamują wydzielanie moczu przez zatrzymywanie wody w tkankach wyciągi z tylnej części przysadki mózgowej, insulina oraz wyciągi z nadnerczy.

Wpływ insuliny na wydzielanie soku żołądkowego. (Action de l'insuline sur la sécrétion gastrique). J. Hofstein.

Presse Médicale Nr. 33 1934.

Zdania autorów o wpływie insuliny na wydzielanie soku żołądkowego są podzielone; według jednych autorów insulina niema żadnego wpływu na wydzielanie soku żołądkowego, według innych wpływać ma ona pobudzająco na produkcję soku.

Badania autora wykazują, że insulina, powodując uczucie głodu, wywołuje równocześnie raptowne wydzielanie soku żołądkowego, charakteryzujące się nietylko zwiększoną produkcją, ale i powiększeniem kwasowości soku żołądkowego.

O wpływie wyciągów śledzionowych u chorych na cukrzycę. (L'action des extraits de rate chez les diabétiques). F. Rathery, I Cosmulesco i Ch. E. Grignon.

Presse Médicale Nr. 37/1934.

Podanie dożylne 2 cm. wyciągu śledzionowego powoduje w większości przypadków (w 8 na 10 badanych) u chorych cukrzycowych mniej lub więcej zaznaczony spadek ilości cukru wolnego we krwi. Maksimum tego spadku przypada w ciągu półtorej godziny po podaniu wyciągu śledzionowego, zaś procent spadku wahał się od 5,1 do 31. Po dwuch i pół lub po trzech godzinach zazwyczaj poziom cukru powraca do poziomu wyjściowego.

Cukier związany z białkiem również ulega obniżeniu. Szczyt spadku poziomu cukru białkowego przypada już w pół godziny do podaniu wyciągu ze śledziony. Podanie równoczesne wyciągu śledzionowego w czasie obciążenia cukrowego przez cukier gronowy powoduje opóźnienie hyperglikemji.

Podanie równoczesne insuliny oraz wyciągu ze śledziony wpływa również dodatnio (w sensie obniżania poziomu cukru we krwi) podczas próby z obciążeniem węglowodanowem.

Zdaniem autorów należy w pewnych przypadkach cukrzycy stosować obok insuliny równocześnie wyciągi ze śledziony.

N. Fiessinger i Cattan opierając się na swych badaniach doświadczalnych, uważają, że śledziona wytwarza substancję obniżającą poziom cukru we krwi, niezależną od insuliny, który to związek jest hormonem drugiego rzędu.

Dwujodotyrozyna i jej zastosowanie w chorobie Basedowa. (La dijodotyrosine; son emploi dans le traitement de la maladie de Basedow). Guy Laroche i B. Klotz.

Presse Médicale Nr. 47 1934.

Badania doświadczalne nad dwujodotyrozyną przeprowadzał najprzód Abelin. Podanie szczurom hormonu tarczycy pod postacią tyroksyny wywoływało u tych zwierząt spadek wagi wskutek wzmożenia podstawowej przemiany materji oraz bardzo skąpe odkładanie się glikogenu w wątrobie. Natomiast, gdy zwierzętom takim podawano obok tyroksyny równocześnie dwujodotyrozynę wtedy podstawowa przemiana materji nie ulegała zwiększeniu a równocześnie spostrzeżono, że po podaniu węglowodanów w pokarmie następowało obfite odkładanie się glikogenu w wątrobie. Z doświadczeń tych widać, że dwujodotyrozyna hamuje działanie tyroksyny i stąd nasunął się wniosek, że w przypadkach nadczynności tarczycy należy stosować dwujodotyrozynę.

Kommerell pierwszy ogłosił wyniki kliniczne nad działaniem dwujodotyrozyny. W czterech przypadkach choroby Basedowa autor ten podawał po 0,1 g dwujodotyrozyny, we wszystkich tych przypadkach nastąpiło wybitne polepszenie, wyniki były znacznie lepsze niż po stosowaniu terapji jodowej. Leczenie dwujodotyrozyną należy przeprowadzać z przerwami stosując lek w dawkach od 0,1 — 0,3 dziennie w ciągu trzech tygodni a następnie przerwać leczenie na dni 10. Chotzen opisuje jeden przypadek choroby Basedowa z wybitnie zaznaczonemi zaburzeniami psychicznemi (silne podniecenie oraz stany lękowe) po stosowaniu dwujodotyrozyny zaburzenia psychiczne bardzo szybko ustąpiły. Schürmeyer i Wissman przytaczają obserwacje poczynione w ciągu jednego roku nad siedmioma chorymi na Basedowa. We wszystkich przypadkach nastąpiło po leczeniu dwujodotyrozyną szybkie i wyraźne poprawienie stanu chorobowego.

Po podawaniu dwujodotyrozyny występuje zmniejszenie liczby tętna, zmniejszenie podstawowej przemiany materji, co odbija się na przyroście wagi u chorych z nadczynnością tarczycy.

F. G.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Przyczynek do rozpoznawania kiłowych bólów głowy. (Contribution à l'étude du diagnostic des céphalées chez les syphilitiques. Céphalées dyspeptiques et céphalées syphilitiques). J. Nicolas.

Le Journ. de Méd. de Lyon 1934 Nr. 345.

U kiłowych nieleczonych w okresie I bóle głowy są następstwem, wywołanych przez krętki, zapalnych zmian opon i tkanki mózgowej, jak również następstwem zapalnych zmian okostnowych czaszki. Z objawów podmiotowych, bóle głowy wybijają się na pierwszy plan, jako najbardziej dokuczliwe i najczęstsze w okresie kiły II. Pozatem bóle głowy mogą wystąpić w okresie kiły późnej zwłaszcza na początku schorzeń parakiłowych. Bóle głowy mogą także utrzymywać się stale, niemal przez całe życie u kiłowych.

Z powodu znacznej oporności kiłowych bólów głowy na leczenie specyficzne często pomija się możliwość istnienia innych przyczyn wywołujących podobne bóle i przedłuża w nieskończoność leczenie specyficzne już bezużyteczne lub nawet szkodliwe. Uporczywe bóle głowy mogą wystąpić w związku z szeregiem innych schorzeń zakaźnych, nerek, nadciśnienia, niedokrwistości, schorzeń mózgu, jamy nosowej a zwłaszcza zatok nosoczołowych. Najczęstszą jednak przyczyną ustawicznych bólów głowy u kiłowych, o ile nie jest samo zakażenie kiłowe, to są zaburzenia w przewodzie pokarmowym. Ta ostatnia przyczyna, jak widać z pięciu spostrzeżeń przytoczonych przez autora jest częstym powodem niepotrzebnego przedłużania leczenia specyficznego.

Bóle głowy pochodzenia żołądkowego i kiszkowego mają cechy, na podstawie których można je wyróżnić od bólów kiłowych. Cechy te są następujące: zjawiają się mniejwięcej po północy lub nad ranem, zmniejszają się w ciągu poranka lub całkowicie ustępują o ile chory pozostaje naczczo. Nasilają się lub zjawiają na nowo po spożyciu śniadania, zwłaszcza o ile to śniadanie spożywa się przed wstaniem z łóżka. Już te cechy pozwalają wyróżnić bóle pochodzenia żołądkowo-kiszkowego od bólów kiłowych, które występują wieczorem i w nocy i nie stoją w związku ze spożyciem pokarmów. Ponadto kiszkowo-żołądkowe bóle umiejscowione są w okolicy czołowej lub ciemieniowej, kiłowe — nie są związane z żadną okolicą głowy, są głębokie, towarzyszy im uczucie ucisku i uczucie ściskania głowy, co jest powodem gwałtownych przeszywających niejako dodatkowych bólów.

Tych ostatnich objawów nie spotykamy w przebiegu bólów żołądkowo-kiszkowych — przeciwnie występują inne, jak zawroty głowy i mdłości. Biorąc pod uwagę powyższe zestawienie będziemy mogli już na podstawie samych wywiadów uwolnić niejednokrotnie chorego od tych tak przykrych dolegliwości, stosując jedynie przepisy dotyczące ogólnej djetetyki.

Nowe spostrzeżenia dotyczące kiły. (Les notions nouvelles sur la syphilis). J. Gaté.

Journal de Méd. de Lyon 1934, Nr. 345.

Przegląd prac, dotyczących patogenezy kiły w ostatnich latach pozwala nam stwierdzić istnienie krętkowej septicemji u zakażonych kiłą już bardzo wcześnie w kilka dni a nawet w kilka godzin po zakażeniu.

Septicemja ta jest całkowicie bezobjawowa — a wtargnięcie krętków do krwiobiegu następuje najprawdopodobniej przez naczynia włosowate.

Jest to septicemja epizodyczna, krętki znajdują się w krwiobiegu tylko przez krótkie trudne do uchwycenia okresy.

Drugim zagadnieniem aktualnem w literaturze ostatnich czasów — jest zakaźność kiły bezobjawowej. Jakkolwiek praktycznie zalicza się kiłę bezobjawową do niezakaźnej, to jednak liczne prace wykazują obecność krętków na śluzówkach, w starych bliznach po owrzodzeniu pierwotnem, w nasieniu — u osobników kiłowych bezobjawowych z ujemnymi odczynami surowiczymi.

Istnienie kilku postaci krętka, a raczej kilku form, przez które przechodzi krętek w swoim ro-

zwoju — jest rzeczą stwierdzoną. Postaci tych przypuszczalnie może istnieć wiele; dzisiaj obok zwykłej dwie jeszcze są znane: niewidzialna i ziarnista.

Zagadnienie odporności kiłowej stale budzi duże zainteresowanie i bywa szeroko opracowywane. W okresie wylęgania się wrzodu pierwotnego brak jest odporności, później zjawia się ona, stopniowo nasila i osiąga swoje maksimum w okresie osutki aby następowo znowu zmniejszać się. Odporność kiłowa niema prawie żadnych wspólnych cech z odpornością, spotykaną w przebiegu innych chorób zakaźnych — i nazwa „odporność" jest dla tego szczególnego stanu nazwą niewłaściwą. Należy tu użyć raczej określenia allergja w pierwotnem (Pirquetowskiem) pojęciu, oznaczającem zdolność odmiennego reagowania na powtórne zadziałanie bodźca na organizm.

Skaza limfatyczna w dermatologji. (Le lymphatisme dans le domaine dermatologique). J. Gaté i P. J. Michel.

Journal de Méd. de Lyon, 1934, Nr. 345.

Pomijając różne zapatrywania i czysto teoretyczne wywody na temat, czy istnieje skaza limfatyczna — autor zdaje sobie sprawę z tego, że w praktyce lekarskiej spotykamy się często z podłożem, które z braku innych lepszych określeń nazywa limfatyzmem. W pojęciu autora lymphatismus niema nic wspólnego ze skrofulozą. Ta ostatnia jest najczęściej gruźlicą nabytą przez osobników limfatycznych. Istnieje więc podłoże limfatyczne nie mające nic wspólnego z gruźlicą — i ten stan usposabia często do banalnych zmian skórnych, jak ropne (impetigo), wypryskowe (eczema sebor.), trądzik pospolity, łuszczyca i być może keloidy. Podstawowa przemiana materji u takich limfatycznych osobników, wykazujących zmiany skórne, jest bardo często obniżona — i ten szczegół jest, zdaniem autora, dla skazy limfatycznej znamienny. Skaza ta jest niekiedy istotną przyczyną przewlekłości schorzenia skórnego a odpowiednie lecznictwo skraca okres leczenia. Ponadto znany jest łagodny przebieg zakażenia gruźliczego u osobników limfatycznych a odczyny skórne wykazują istnienie szczególnej allergji u limfatycznych, dotkniętych równocześnie gruźlicą i schorzeniem skórnem.

Rok lecznictwa w dermatologji i syfilidologji. (L'année thérapeutique en dermato-syphiligraphie). G. Basch.

Bulletin Génér. de Thérapeutique; 1934, Nr. 2.

Ostatni rok wzbogacił lecznictwo kiłowe o szereg cennych spostrzeżeń i pchnął je na nieco odmienne tory. Wszyscy godzą się na większą skuteczność równoczesnego leczenia arsenem i bizmutem w przypadkach świeżej kiły skóry i śluzówek, tak że dotychczas stosowane leczenie naprzemienne tymi lekami powoli zostaje zarzucane. *Clément-Simon* i *Bralez* wprowadzają do lecznictwa kiły nowy środek rtęciowy, rozpuszczalny w lipoidach, który jest niewątpliwie mniej dzielną bronią przeciwko kile od arsenu i bizmutu, jednak znacznie lepszy od innych pochodnych rtęciowych, zwłaszcza z punktu widzenia serologji.

Leczenie złotem (solganal B.) bywa stosowane w przypadkach kiły opornej na leki specyficzne. Leczenie gorączkowe kiły mało zdobyło nowych praw, zwłaszcza w lecznictwie ambulatoryjnem, gdyż wyniki uzyskane tym sposobem w przypadkach świeżej kiły skóry i śluzówek nie były zachęcające.

Kiła układu nerwowego powinna być leczona zapobiegawczo. Z tego założenia wynika konieczność częstego badania płynu mózgo-rdzeniowego, i w tej dziedzinie wchodzi w użycie nakłucie podpotylicowe. Pomimo niektórych zastrzeżeń ze strony pedjatrów i neurologów, wykazujących niebezpieczeństwo tego zabiegu — niektórzy syfilidologowie stosują je i polecają. W razie stwierdzenia obecności zmian chorobowych w płynie należy zastosować energiczne leczenie chemiczne środkami mieszanemi. O ile tym sposobem nie uzyskujemy należytego wyniku po 18-tu miesiącach należy poddać chorego banalnemu leczeniu gorączkowemu, następnie leczeniu malarją. Z niepożądanych powikłań w czasie leczenia najnowsze spostrzeżenia donoszą o przypadku plamicy krwotocznej w następstwie wstrząsu azotynowego, co upoważnia autora do przestrzegania przed stosowaniem nadmiernych dawek neosalvarsanu. W związku z zastosowaniem pochodnych bizmutu opisano przypadek zmian równoczesnych na śluzówkach jamy ustnej, pochwy i szyjki macicznej i jeden przypadek nagłego zejścia śmiertelnego w związku z 16-tym zastrzykiem bizmutusalicyl. Ciekawe są spostrzeżenia *Francka*, dotyczące odczynów stawowych po zastosowaniu sulfarsenolu i bivatolu. Są to niewątpliwie przypadki szczególnej nietolerancji osobniczej. *Sézary* i *Lenegre* przestrzegają przed zmianami czynności nerek przy zbyt długiem leczeniu specyficznem.

Lecznictwo łuszczycy mało posunęło się naprzód w ostatnim roku. Starym środkom przeciwstawia się nowe sposoby, lecz o ile mniej pewne, a co gorsza narażające chorego na powikłania w rodzaju ogólnego zapalenia skóry (pochodne złota) lub na dokuczliwe odczyny ogólne i miejscowe (proteinoterapja i t. p.). Z przeglądu literatury ostatnich lat wydaje się rzeczą słuszną zatrzymać stare sposoby leczenia wprawdzie przejściowo tylko skuteczne lecz dające znacznie większą pewność wyniku.

W leczeniu parakeratotycznych rozsianych zmian skórnych uwzględnia *Ravaut* ogólny stan chorego, właściwości podłoża i oprócz leczenia miejscowego stosuje i ogólne (autohemoterapja, podsiarczyn sodowy...); ponadto usilnie doszukuje się starych ognisk grzybicowych (w fałdach skóry) lub ropnych, paciorkowcowych.

Świąd w różnych jego postaciach klinicznych nie zdobył nowych sposobów leczenia. Wszystkie dają wyniki niestałe, miejscowe zastrzyki novocainy również podlegają tej samej krytyce. Cokolwiek lepszy okazał się uretan chininy lub sól fizjologiczna.

Chorobę Nicolas-Favre'a, którą już tak dobrze możemy określić i łatwo rozpoznać, leczy się z dobrym wynikiem oprócz innych sposobów — sposobem, podanym przez *Chevallier'a* i *Fiehrer'a* przy pomocy salicylanu sodowego.

Najnowsze sposoby leczenia twardniny skóry wysuwają na pierwszy plan stosowanie kwasu fosforowego lub chlorku amonu — obydwa te sposoby mają na celu zakwaszenie ustroju.

Dobre wyniki spostrzegano po zastosowaniu wyciągów gruczołowych (jajniki) lub chemokrino-terapji, a także po wycięciu gruczołów przytarczycznych.

U osobników zażywających dłuższy czas gardenal lub ratonal częste są osutki szkarlatynowe, odrowe i t. p. Po zastosowaniu znacznej ilości pochodnych barbiturowych (często w celach samobójczych) spostrzegano znacznej wielkości owrzodzenia, które jakkolwiek bardzo rozległe — wykazywały dobrotliwy przebieg.

O łuszczycy sztucznej wywołanej. (Du psoriasis provoqué). M. Mięnicki i Ryll - Nardzewski.

I. W przypadku, w którym pod wpływem nieznanego bodźca wystąpiła uogólniona łuszczyca i w którym wykwity utrzymywały się od kilku lat — nastąpił nowy wybuch wykwitów po szczepieniu krowianki. Widocznie organizm znajdował się w tym okresie schorzenia, w którym skóra była dostatecznie uczulona i przygotowana do tego, aby na ten przypuszczalnie odmienny bodziec odpowiedzieć wykwitami łuszczycowemi.

II. U dwudziestodwuletniego mężczyzny, wykożującego objawy ostrego reumatyzmu wystąpiły po raz pierwszy wykwity łuszczycowe po zastosowaniu szczepionki Ponndorfa. Jak wiadomo szereg autorów wskazuje na łączność łuszczycy z reumatyzmem, przypuszczając istnienie wspólnego podłoża dla tych dwuch schorzeń.

Powyższe spostrzeżenie potwierdza tę hipotezę, gdyż jak widać w przypadku opisanym istniała zarówno skłonność do objawów reumatycznych jak i do łuszczycy.

Histamina, jej własności i jej rola w dermatologji. (L'histamine, ses propriétés et son role en dermatologie). A. Govaerts.

Revue Franç. de Dermat. et de Vener., 1934, N. 3.

Histamina, pochodna histidyny jest naturalnym składnikiem ciał organicznych. Wykazano jej obecność w wielu organach, między innemi w czerwonych ciałkach krwi i w skórze. H. działa pobudzająco na mięśnie gładkie, na czynności wydzielnicze niektórych gruczołów (śluzówki przew. pokarmowego, wątroby, trzustki), rozszerza naczynia włosowate, zwiększa ich przepuszczalność.

Podskórne wstrzyknięcie 1 — 8 miligr. wywołuje zaczerwienienie twarzy i szyji, wymioty, nadmierne wydzielanie śliny i soku żołądkowego, skurcz oskrzeli, spadek ciśnienia krwi, dalej arytmję, zapaść.

Wstrzyknięcie dożylne dużej dawki powoduje wstrząs podobny do anafilaktycznego, różniący się jednak podniesieniem ciepłoty ogólnej i zmianami w krwi. Jest to wstrząs podobny do spotykanego po dużych urazach tkanek, po oparzeniach, po okluzji jelitowej.

Doskórne wstrzyknięcie małych ilości h. wywołuje zespół trzech zjawisk kolejno po sobie następujących: 1. po kilku sekundach miejscowe zaczerwienienie, 2. rumień rozleglejszy w otoczeniu przez pośrednictwo jużto układu nerwowego ośrodkowego ew. wegetacyjnego, jużto jako zjawisko humoralne, 3. po kilku minutach grudka na skutek zwiększenia przepuszczalności kapilarów.

Badania nad h. są obecnie dopiero w zarodku, wykazały jednak dotychczas, że skóra nie jest jedynie organem resorbującym i wydalającym pewne substancje ale jest to tkanka zdolna do wytwarzania ciał czynnych, mających wpływ na przebieg procesów biologicznych i patologicznych.

Miejscowe odczulające działanie tuberkuliny na następowe po - arsenowe zapalenie skóry. (Action desénsibilisatrice locale par la tuberculine sur une dermite arsénicale consécutive?) Hruszek.

Revue Franç. de Dermat. et de Vener., 1934, N. 3.

U chorej, która bez żadnych dolegliwości zniosła leczenie arseno-bizmutowe, wystąpiło zapalenie skóry w typie poarsenowego późnego, szybko uogólniające się i sączące. Pomimo przewidywań dłuższego trwania schorzenia, zmiany skórne ustąpiły szybko.

Po kilku tygodniach, po wykonaniu próby tuberkulinowej nastąpił ponowny wybuch zmian skórnych, przyczem okolica, w której wykonywano zastrzyki tuberkulinowe nie była zajęta zapalnemi zmianami.

Przypadek jest analogiczny do szeregu innych, w których pod wpływem różnych bodźców następowały nawroty uprzednio istniejących zmian specyficznych (po zastrzykach obcego białka, szczepionek i t. p.).

Brak objawów zapalnych w miejscu wstrzykiwania tuberkuliny należy tłómaczyć hamującym miejscowym wpływem tuberkuliny na „wiązanie" czynnika szkodliwego. To zagadnienie odczulenia czy to specyficznego, czy to niespecyficznego zdaje się być ciekawym i kto wie, czy nie przedstawia pewnej wartości, jako sposób odczulenia w przypadkach leczenia przeciwkiłowego.

Wykwity pozłotowe — liszaj płaski skóry i śluzówki. (Aurides de la peau - léopardisation — avec lichen plan buccal et cutané). G. Petges, Le Coulant, R. Mougneau.

Revue Franç. de Dermat. et de Vener., 1934, N. 5.

Na skutek coraz powszechniejszego wprowadzania złota w lecznictwo gruźlicy, mnożą się przypadki zatrucia i nietolerancji na pochodne złota. Porównuje się te przypadki do przypadków zmian poarsenobenzolowych. Stanowią one dzisiaj grupę nazwaną przez autorów franc. „Aurides". Do częstych zmian należą na skórze i śluzówkach w typie rumieni ograniczonych lub uogólnionych, swędzenia, osutek pokrzywkowatych, wypryskowych, wybroczyn. Rzadziej występują osutki podobne do liszaja. Przytoczone spostrzeżenie dotyczy mężczyzny lat 51, który z powodu gruźlicy płuc otrzymywał zastrzyki chrysalbiny w dawkach 0,05 — 0,25 w odstępach 7 — 8 dniowych (2.15 gr.). Leczenie to znosił chory od samego początku źle. Po zastrzyku występowały bóle głowy, wymioty, chory tracił na wadze. Już po drugim zastrzyku wystąpiły na udzie różowe swędzące plamy, pomimo to leczenie prowadzono dalej, wykwity były coraz liczniejsze, dołączyły się zapalne zmiany śluzówki jamy ustnej, a obraz kliniczny pozwalał rozpoznać erythrodermia desquamativa. Po pewnym czasie dołączyło się powikłanie rozległemi czyrakami. W chwili zgłoszenia się do kliniki, to jest w kilka miesięcy po wystąpieniu czyraczności skóra chorego przypominła ze względu na liczne plamy barwikowe, skórę pantery.

Oprócz zmian barwikowych istniały: keratosis pilaris znacznego stopnia, łuszczenie, ograniczone zaniki skóry i typowe wykwity liszaja płaskiego na skórze i na śluzówce policzków.

W tym przypadku zatem wystąpił liszaj płaski w następstwie leczenia złotem tak, jak to często zdarza się w przebiegu leczenia pochodnemi arsenu, rzadziej po leczeniu bizmutem, emetyną, octanem talu... Czy należy w tym przypadku stawiać liszaj płaski na równi z innemi objawami toksycznemi? W obecnej chwili autor nie jest w stanie rozstrzygnąć to zagadnienie. *Milian* w powstawaniu liszaja płaskiego przypisuje duże znaczenie procesom biotropicznym i wskazuje na łączność gruźlicy z liszajem płaskim i z łuszczycą. Byłoby ciekawem spostrzeganie leczonych złotem, nie gruźlików, aby przekonać się, czy przypadkiem liszaj płaski nie jest powikłaniem, występującym w przebiegu leczenia złotem tylko u gruźlików.

Lichen planus sclerosus. (Lichen plan scléreux). M i l i a n.

Revue Franç. de Dermat. et de Vener., 1934, N. 4.

Spostrzeżenie dotyczy nieopisywanej dotychczas postaci liszaja płaskiego, ciekawego tak pod względem klinicznym, jak i histologicznym.

Obraz kliniczny stanowiło ognisko zlewających się grudek na skórze podudzia. Grudki były przeważnie okołomieszkowe otoczone rozległemi zmianami barwikowemi, drobne, ciemno bronzowe, szorstkie.

Schorzenie powodowało silne swędzenie, utrzymywało się 4 lata bez zmiany.

Przewlekły przebieg schorzenia tłómaczyły zmiany histologiczne. W ograniczonych ogniskach sklerotycznych, znajdujących się tylko w warstwie brodawkowej skóry nie znaleziono żadnych włókien elastycznych, ponadto wykazano obecność licznych ognisk, stanowiących wszystkie formy przejściowe pomiędzy tymi ogniskami sklerotycznemi a typowemi dla liszaja płaskiego naciekami drobnokomórkowemi warstwy brodawkowej skóry.

Przypadek opisany stanowi niespotykaną dotychczas odmianę liszaja płaskiego, którą M. proponuje nazwać lichen planus sclerosus et pigmentosus.

Grzybica pęcherzykowa i paciorkowiec. (Trichophytie phlycténulaire et streptocoque). M i l i a n, P é r i n, K a t c h o u r a.

Revue Franç. de Dermat. et de Vener., 1934, N. 4.

W przypadku rozległego ogniska chorobowego u kobiety 36-cioletniej, zajmującego dolną połowę skóry przedramienia po stronie zginaczy, wyraźnie odgraniczonego, w którym rozpoznano obecność liszajca pęcherzykowego — znaleziono przy pomocy badania bakterjologicznego w wydzielinie i łuskach paciorkowce i grzybnię. W założonych hodowlach uzyskano wzrost trichophyton gypseum na żelatynie z glukozą, a paciorkowce na buljonie z płynem przesiękowym. Od tego podwójnego zakażenia uzależniają autorzy ten do pewnego stopnia niezwykły obraz kliniczny.

Leczenie żółtaczek arsenobenzolowych u kiłowych. (Le traitement des ictéres arsénobenzénique des syphilitiques). A. S é z a r y.

Presse Med. 1934, N. 7.

Nie wdając się w oceny krytyczne różnych teorji, tyczących się etjologji żółtaczek poarsenobenzolowych u kiłowych, co dokładnie zostało przez tego autora omówione na innym miejscu, podaje S. kilka wskazówek co do ostrożnego leczenia takich kiłowych. Radzi mianowicie w każdym przypadku żółtaczki u osobnika kiłowego zaprzestać leczenia specyficznego a rozpocząć leczenie stosowane zwykle w żółtaczkach kataralnych. Po ustąpieniu żółtaczki podjąć na nowo leczenie specyficzne najpierw rtęciowe, potem bizmutowe. Dopiero po trzymiesięcznym okresie bezżółtaczkowym można zdaniem S. ponowić leczenie arsenobenzolem i to pod warunkiem, że brak jest całkowicie objawów niedomogi wątroby.

Zaburzenia humoralne i w układzie dokrewno-sympatycznym wywołane niewczesnem leczeniem przeciwkiłowem. (Déséquilibres humoraux et endocrino-sympathiques provoqués par les traitements anti-syphilitiques intempestifs). E. J o l t r a i n.

Bruxelles Médic. Nr. 18, 1934.

Osiem własnych spostrzeżeń zmusza autora do przestrzegania przed stosowaniem zbyt energicznego leczenia przeciwkiłowego. Jak wiadomo mniejszemi dawkami leków specyficznych, stosowanemi przez czas dłuższy, uzyskujemy dobre wyniki w lecznictwie kiły, nie narażając chorych na szkodliwe działanie leków, zwłaszcza arsenobenzoli. Nietolerancja na ten lek związana jest leży od zaburzeń w układzie dokrewno-sympaz zaburzeniami typu humoralnych a stan ten zatycznym. Główną rolę w tych przypadkach przypisuje autor nieprawidłowej czynności wątroby a mianowicie jej nieprawidłowemu wydzielaniu dokrewnemu.

W przypadkach opisanych, szereg objawów zaburzenia równowagi układu sympatycznego i neuro-wegetac. jak napady bicia serca, nawały, przemijające rumienie, suchość skóry, brak pocenia się, nadkwaśność, zaparcia i okresowe biegunki, wytrzeszcz gałek ocznych, drżenie, zawroty głowy, nieprawidłowe odruchy (oculo-cardiac.), zmienność nastrojów psychicznych, mylnie przypisywanych kile, pomimo leczenia przeciwkiłowego stale nasilał się. Ten sposób leczenia, zdaniem autora, tembardziej jest godny potępienia, w przypadkach, w których rozpoznanie kiły nie jest całkowicie pewne.

Kiła I jamy ustnej. (Les manifestations buccales de la syphilis primitive). P. E. B o u s q u e t.

Bruxelles Médical, Nr. 19 — 1934.

Jak wykazują zestawienia — na 3 przypadki pierwotnego owrzodzenia w jamie ustnej 2 bywają nietypowe. Wygląd takiego owrzodzenia przypomina i naśladuje często banalne zmiany jamy ustnej — czyto ropne czyto urazowe. Zajęcie gruczołów chłonnych jest regułą i następuje bardzo szybko, gruczoły chłonne bywają jednak tak nieznacznie powiększone, że uchodzą uwagi dokładnie nawet badającego. Nietypowym jest wreszcie bardzo szybkie cofanie się wykwitu pier-

wotnego w jamie ustnej. To są przyczyny dla których owrzodzenie kiłowe jamy ustnej może łatwo przejść nierozpoznane i kto wie czy niektóre z przypadków kiły t. zw. „bez owrzodzenia" nie biorą swego początku w jamie ustnej.

Co się tyczy umiejscowienia — najczęstsze są na wargach, potem na języku i na migdałkach. Jeżeli zdanie prof. *Spillmanna*, dotyczące jaknajwcześniejszego leczenia kiły, znalazło dzisiaj powszechne uznanie, to tembardziej jest ono aktualne w przypadkach owrzodzenia pierwotnego jamy ustnej, w przypadkach które przedstawiają znaczne niebezpieczeństwo udzielania zakażenia otoczeniu.

Kiła a ciąża. (Syphilis et grossesse — Contribution à l'étude de la mortinatalité et la mortalité des nourrissons nés de mères syphilitiques). J. Snoeck.

Bruxelles Médic. Nr. 25, 1934.

Z zestawień materjału kliniki położ. uniwers. w Brukseli wynika, że do dwuch lat po urodzeniu wymiera 40% dzieci, zrodzonych z matek kiłowych. Walkę z tym znacznym zniszczeniem, jakie wyrządza kiła wśród dzieci, powinny podjąć instytucje społeczno-lekarskie, któreby opinjowały co do zdrowia rodziców przed poczęciem, ewent. ułatwiały leczenie rodziców. Pomoc ta powinna być całkowicie bezpłatna i udzielana w godzinach wieczorowych dla ludności pracującej. Ważną rolę miałyby również do spełnienia „infirmerki", któreby przez odwiedziny rodzin w domach prywatnych nakłaniały opieszałe matki ewent. ich dzieci do leczenia.

Leczenie matek według powszechnie przyjętych norm. Leczenie osesków powinno uwzględniać stosowanie Sulfarsenolu domięśniowo w dawkach 0,01 — 0,08 na 3 kg wagi oseska od drugiego dnia życia.

Półpasiec a ospa wietrzna. (Zona et varicelle). A. Van Lint, L. Javaux.

Bruxelles-Médic. 1934, Nr. 26.

Do dzisiaj trwa spór o wspólnotę etjologji półpaśćca i ospy w. Zwolennicy wspólnej etjologji tych dwuch schorzeń wysuwają następujące argumenty: 1. Półpasiec i ospa w. występują niekiedy równocześnie u jednego osobnika. 2. Ospa w. zjawia się u dzieci, których rodzice dotknięci są półpaśćcem. 3. W szpitalach częste są przypadki ospy w. następowo po pojawieniu się półpaśca. 4. W zbiorowiskach dzieci w czasie nagminnego panowania ospy w., dzieci, które przeszły półpasiec zostają oszczędzone. Przeciwnicy wspólnoty etjologicznej tych dwuch schorzeń twierdzą natomiast, że: 1. Ospa w. jest bardziej zaraźliwą od półpaśca. 2. Ospa w. występuje częściej u dzieci, półpasiec częściej u dorosłych. 3. Osobnicy, którzy przeszli ospę w. zapadają na półpasiec. 4. Obydwa te schorzenia różnią się odmiennemi przypadłościami ze strony układu nerwowego i zmianami krwi (leukopenja w przyp. ospy w., brak jakichkolwiek zmian w przyp. półpaśca). 5. W przeciwieństwie do półpaśca ospę w. w 50% przypadków udaje się przeszczepić na ludzi.

Jak widać z powyższego zestawienia ani I grupa, ani II grupa nie posiada argumentów bezwzględnie przekonujących. Przypuszczalnie bakterje wywołujące te dwa schorzenia są zbliżone do siebie typem, można powiedzieć są „kuzynami" a rozstrzygnięcie kwestji wspólnoty etjologicznej tych schorzeń nie będzie możliwem przed poznaniem wogóle czynnika chorobotwórczego w tych przypadkach.

Zmiany uzębienia w przypadkach kiły wrodzonej. (Des manifestations dentaires de l'hérédo - syphilis). Vais.

Bruxelles-Médic. 1934, Nr. 27.

Przegląd literatury dotyczącej zmian uzębienia w przypadkach kiły wrodzonej i przegląd zmian uzębienia wogóle — wykazuje, że prawie niema zboczeń i nieprawidłowości w uzębieniu którychby nie składano na karb kiły wrodzonej.

Niezliczona ilość przyczyn może wywołać nieprawidłowości uzębienia (atawizm, dziedziczność, zakażenia i zatrucia rodziców. Schorzenia zakaźne noworodków, ich wadliwe odżywianie, brak witamin, zaburzenia endokrinów i t. d.), które tem samym nie są dla kiły wrodzonej znamienne. Jedynie „zęby Hutchinsona" zwłaszcza o ile wystąpią w znanej triadzie (schorzenia ucha i oka) stanowią charakterystyczny dla kiły wrodzonej objaw. Aby jednak rozpoznać „zęby H." muszą istnieć cztery następujące objawy na siekaczach: 1. Ząbkowany brzeg wolny zęba. 2. Zwężenie wolnego brzegu zęba, spłaszczenie w kierunku przednio-tylnym. 3. Zanik wierzchołka. 4. Wycięcia półksiężycowate.

Uwagi nad odpornością w przypadkach kiły doświadczalnej. (Notions d'immunité dans la syphilis experimentale). A. Bessemans.

Bruxelles-Médic. Nr. 29 — 1934.

W przypadkach kiły czy to u zwierząt czy u ludzi określenie „odporność naturalna" należy w większości przypadków lub we wszystkich zastąpić określeniem bardziej wiarogodnem „kiła bezobjawowa". To sprostowanie sprowadza pewne zmiany, ważne tak dla terapeutów, jak i socjologów.

Dr. *Z. Jastrzębska.*

BIBLJOGRAFJA

Dr. Józef Jankowiak. Zarys Fizjoterapji. Poznań 1934. Str. 265, 66 rys.

W piśmiennictwie polskiem dawał się odczuwać brak podręcznika oryginalnego, poświęconego przyrodolecznictwu. Mamy bowiem tłumaczenia niezłych nawet dzieł obcych, posiadamy i własne, lecz tylko pewien dział obejmujące prace, nie było natomiast dotychczas ogólnego zarysu i dlatego szczera podzięka należy się Drowi

Jankowiakowi za opracowanie niniejszego dziełka. Podaje on w postaci bardzo zwięzłej, niekiedy może nawet przesadnie już skróconej najważniejsze, a dodajmy i najnowsze, metody wodolecznictwa, leczenia kąpielami, światłolecznictwa, elektrolecznictwa i wreszcie poświęca parę stron leczeniu medykomechanicznemu. Ten ostatni dział nasuwa nieco zastrzeżeń: jest on zbyt pobieżny, aby mógł dać istotne wyobrażenie o zawartych w nim możliwościach, co zresztą podkreśla i sam Autor odsyłając czytelnika do specjalnych dzieł. Nawiasem mówiąc nie zgodzilibyśmy z zalecaniem ruchów biernych wkrótce po obrażeniach stawów. Uwagi te nie umniejszają bynajmniej wartości dziełka, które daje czytelnikowi naogół zupełnie dobre pojęcie o zasobach przyrodolecznictwa i o sposobach wykonywania poszczególnych metod. Autor rozporządzając rozległem doświadczeniem na terenie ubezpieczalnianego przyrodolecznictwa szczęśliwie umiał uniknąć teorji poza niezbędnemi wiadomościami, a daje wskazówki czysto życiowe, praktyczne. Zarys niniejszy stanowi bardzo pożądany wstęp dla każdego początkującego lekarza, a i studentom należałoby zalecić zaznajomienie się z tem dziełkiem.

Gibert-Dreyfus. Hygiene et regime des obeses. Doin et Cie 1934 90 str. Cena 12 fr. fr.

Mała i taniutka książeczka, a jednak bardzo pożyteczna dla większości lekarzy; dla internistów zaś wręcz nieodzowna. Jak często bowiem znajdujemy się w obliczu osoby, której schudnięcie jest pożądane i ze względów lekarskich i niekiedy również i socjalnych. Trudności piętrzące się przytem dla lekarza z małem w tym kierunku doświadczeniem własnem są spore i dlatego powita on z radością powyższą książkę, która daje mu odrazu odpowiedź, jaki rodzaj leczenia należy wybrać i jaką dietę zastosować. Pewną trudność sprawi jedynie dostosowanie diet francuskich do naszych możliwości i przyzwyczajeń oraz do naszego kalendarza.

Leven. Aerophagie. G. Doin 1934. 280 str. Cena 20 fr. fr.

Dawniej niemal zupełnie nieznana, dziś już więcej popularna aerofagja niewątpliwie stanowi jednostkę kliniczną tak wielopostaciową i w swych następstwach tak niekiedy doniosłą, że bliższe zaznajomienie się z nią jest pożądane dla każdego lekarza. To zaznajomienie znakomicie ułatwia książka **Leven'a** stanowiąca właściwie małą monografję przedmiotu, monografję jednak pozbawioną zwykłej suchości i ciężkości monograficznej. Dowiemy się z niej wielu ciekawych rzeczy, a przedewszystkiem przekonamy się, jak odległe i jak niespodziewane oddźwięki patologiczne może budzić aerofagja i jak wraz z jej ustaniem znikają, zdawałoby się, bardzo ciężkie stany chorobowe. Leczenie szczegółowo omówione prowadzi zdaniem autora zawsze do celu, oczywiście, tylko wtedy, jeżeli rozpoznanie aerofagji było prawidłowe.

La Pratique Médicale illustrée. Mariano Caster et Louis Ontaneda: La ponction cisternale. D. Routtier et P. L. Thiroloix: L'arythmie complete. 35 i 20 fr. fr.

Zasłużone, szczególnie dla lekarzy praktyków wprost niezbędne, wydawnictwo małych monografijek na doniosłe dla praktyki tematy. — La Pratique médicale illustrée wzbogaciło się znowu o dwa zeszyty. Jeden poświęcony nakłuciu podpotylicznemu, temu tak modnemu w obecnej neurologji sposobowi badania przedstawia oprócz dokładnego opisu techniki wskazania i zalety tego sposobu. Jeszcze być może ciekawszą, bo ogólniejszą treść posiada drugi zeszyt, traktujący o tak ważnej sprawie, jak niemiarowość zupełna. Jest to współczesne i wyczerpujące przedstawienie istoty, objawów, rokowania i leczenia niemiarowości.

L. Gerson. Les Varices. Doin et Cie 1934. 122 str. 34 rys. Cena 28 fr. fr.

Kto nie spotyka wśród swych chorych żylakowatych? Żylaki wraz z powikłaniami i następstwami, jak chociażby ulcus cruris, stanowią często istny krzyż i dla chorego i dla lekarza. Książka niniejsza uczy badać takich chorych, rozróżniać wśród nich pewne odrębne kategorje, wykrywać dodatkowe powikłania, a przedewszystkiem leczyć. Oczywiście mowa o współczesnem leczeniu, to jest wstrzykiwaniu płynów

sklerozujących. Ta część książki zasługuje na szczególne uznanie, albowiem technika wstrzykiwań podana jest bez zarzutu. Wreszcie omówione zostają zkolei dalsze losy takich chorych, powikłania dodatkowe, leczenie tych stanów i t. p. Ogółem książka zawiera nieodzowne wskazówki dla lekarzy, zajmujących się leczeniem żylaków wstrzykiwaniem.

A. Tournay. Sémiologie du sommeil. G. Doin et Cie. 1934. 136 str. Cena 30 fr. fr.

T. nie tylko przedstawia w wyczerpującym skrócie fizjologję snu, ale, co ważniejsze, na podstawie tych danych usiłuje dokonać własnej syntezy mechanizmu snu prawidłowego i charakterystycznych przy tem stanów. Jako źródło do tej syntezy służy mu przeważnie zachowanie się odruchu Babińskego. Książka ta niemal na każdej stronie zawiera nowe i oryginalne myśli i koncepcje i dla neurologów i psychjatrów będzie ona posiadała szczególne znaczenie. Wartość książki podnosi bardzo skrzętnie zebrane piśmiennictwo.

Ch. Flandin, F. Joly, J. Bernard. L'Intoxication par les somniferes. G. Doin 1934 128 str. 20 fr. fr.

O ile powyżej wspomniana książka zainteresować może przeważnie neurologów i psychjatrów, o tyle niniejsze dzieło zbiorowe trzech autorów posiada pierwszorzędne znaczenie dla każdego lekarza, traktuje bowiem o właściwościach tak powszechnie używanych środków nasennych, jak związki barbiturowe, o ich toksykologji, wreszcie o zatruciach ostrych i podostrych i leczeniu. Przy obecnem rozpowszechnieniu tych środków i używaniu ich nierzadko prawie bez wiedzy lekarza, zatrucia zdarzają się często i dlatego właśnie przewertowanie tego dzieła należałoby zalecić każdemu. Leczenie jest omówione wszechstronnie, szczególnie tak ostatnio polecana terapja dużemi dawkami strychniny została bardzo szczegółowo omówiona. Bardzo obszerne zestawienie piśmiennictwa, w tej liczbie i sądowego, jest szczególnie cenne.

A. Martinet. Diagnostic clinique. Masson et Cie 1934. Wydanie 6-te. 1154 str. 867 rys. Cena 120 fr. fr.

Dzieło **Martinet'a** zasługuje już na miano klasycznego, jest ono zbyt dobrze znane, aby wymagało omawiania. Niema może drugiego, któreby w tak skończonej postaci dawało początkującemu lekarzowi całość potrzebnych do ustalenia rozpoznania objawów i sposobów badania. Wydanie obecne znacznie powiększone, jest istotnym skarbcem wiadomości nieodzownych dla każdego, a przy swej wielostronności nie zbacza ani na chwilę ze swego zasadniczego kierunku — książki dla praktyka. Cena, jak na książkę o dużych rozmiarach i bogato wyposażoną illustracyjnie — niewysoka.

Sergent. Exploration clinique médicale. Masson et Cie 1934. 1153 str. Cena 145 fr. fr.

Dzieło może najwybitniejszego z obecnych klinicystów francuskich jest jakby uzupełnieniem powyżej wspomnianej książki **Martinet'a.** Poświęcone całkowicie badaniu klinicznemu rozpoczyna się klasycznem wyłożeniem badania narządów oddechowych, które już samo w sobie jest arcydziełem. Inne działy, jak badanie układu naczyniowo - sercowego, nerwowego, pokarmowego, moczowego wraz z opisem najnowszych metod badania oraz postępowania laboratoryjnego, składają się na imponującą całość. Szczególnie cenną cechą książki stanowi wyłożenie najsamprzód czynności prawidłowej, a dopiero następnie przedstawienie zaburzeń patologicznych, ich wykrywania, oceny i t. p.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.